A FORMAÇÃO MÉDICA NA UNIFESP

A FORMAÇÃO MÉDICA NA Unifesp

EXCELÊNCIA E COMPROMISSO SOCIAL

Rosana Fiorini Puccini
Lucia de Oliveira Sampaio
Nildo Alves Batista
(ORGANIZADORES)

Sumário

Prefácio

Ulysses Fagundes Neto

Reitor da Universidade Federal de São Paulo

A HISTÓRIA da Escola Paulista de Medicina (EPM) está repleta de momentos emocionantes, situações dramáticas, grandes conquistas, dificuldades aparentemente intransponíveis, aspectos inusitados, mas seu destino estava pré-determinado para uma única vocação, o mais absoluto sucesso. Desde sua fundação em 1933 quando nascia a segunda Escola de Medicina do Estado de São Paulo já se podia antever um futuro glorioso vaticinado pelas palavras do nosso querido poeta Guilherme de Almeida, em 1936: "Aí está germinada e prosperada a semente. Aí está florescido o ideal: aí está frutificado o empreendimento! Aí está a Escola Paulista de Medicina. A árvore boa, em boa hora, sob um bom signo, numa boa terra, e por boas mãos plantada". Tratava-se de uma faculdade de natureza privada porém com uma característica muito particular, pois não somente os estudantes pagavam mensalidades, também os professores assim o faziam para poder cobrir as necessidades de manutenção da nova instituição e desta forma manter vivo o ideal dos fundadores. A primeira turma enfrentou um grande

obstáculo que apresentou ares de dramaticidade posto que a nossa EPM somente foi credenciada pelo governo federal poucos meses antes do término do curso em meados de 1938; como se pode depreender deste insólito episódio, correram os formandos o enorme risco de não terem seus diplomas de médicos reconhecidos após os seis anos de realizado o curso de graduação. Mas ao contrário de causar desânimo este percalço trouxe mais vigor na luta para a consolidação da EPM e, além disso, uniu definitivamente a comunidade epemista em busca de um porvir condizente com o espírito de conquista próprio do povo paulista. Assim se reafirma nossa instituição com a construção do primeiro hospital de ensino do país o Hospital São Paulo em 1940; já na década de 1950, mais precisamente em 1956, a EPM é federalizada se transformando na primeira escola federal de medicina do Estado de São Paulo, e no ano seguinte, em 1957, institui seu programa de residência médica, o terceiro do país, possibilitando o grande salto de qualidade na formação profissional do médico, instituto cada vez mais indispensável como método de treinamento em serviço.

As políticas públicas de atenção à saúde sofreram, ao longo dos anos, as mais variadas abordagens pelos distintos governantes de tal forma que o corpo diretivo da EPM sempre buscou adequar o projeto pedagógico que fosse o mais apropriado para aquele determinado momento aos nossos estudantes, muito embora estas propostas educacionais estivessem prioritariamente centradas em atividades essencialmente hospitalares. A partir da implantação da Assembléia Nacional Constituinte que culminou com a elaboração da nova carta magna do país, a qual levou em consideração a necessidade de eliminar as gritantes iniqüidades sociais até então existentes, esta também se enveredou para a área da atenção à saúde coletiva. Assim é que a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, estabelece que a saúde é "direito de todos e dever do Estado". A partir daí foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual passou a representar uma enorme conquista para a cidadania. O SUS encontra-

se, no presente momento, definitivamente implantado em todo o país e tem avançado na consolidação de seus programas e princípios. Paralelamente a este avanço assistencial as entidades que congregam os profissionais responsáveis pela elaboração do currículo do ensino médico passaram a discutir e permutar conhecimentos para a construção de um novo modelo, uma verdadeira transformação da educação médica. A EPM esteve sempre ativamente presente nestas discussões e cumprindo seu dever cívico para com a nossa sociedade tem buscado adequar seu currículo do ensino médico a estes novos tempos. Mais do que isso, passamos a liderar o processo de inserção neste sistema estabelecendo profundas parcerias com os gestores do município e do Estado de São Paulo, bem como nos mantemos em perfeita consonância com o governo federal. Este livro tem como objetivo não só contar a evolução histórica do ensino médico na EPM, mas acima de tudo dar o testemunho vivo da preocupação dos nossos docentes em honrar a tradição dos nossos antecessores de oferecer a excelência dos nossos préstimos em benefício da sociedade, pois é a ela que devemos servir e o fazemos sempre com enorme satisfação.

Apresentação

Organizadores

A ORGANIZAÇÃO desta obra – *A Formação Médica na Unifesp: Excelência e Compromisso Social* – traduz um compromisso da Escola Paulista de Medicina (EPM) com a produção e divulgação de conhecimentos produzidos no cotidiano do curso, no intuito de compartilhar experiências e colaborar com o aprimoramento da educação médica no Brasil.

Trata-se de um livro de muitas *mãos e mentes*: todos professores, pesquisadores, educadores de diversas gerações de médicos, que, aglutinados pelo projeto de produzir um livro, construíram descrições e análises rigorosas de suas experiências no projeto político-pedagógico vigente do curso, bem como o contexto histórico que alicerça este projeto.

Com esse escopo, o livro é composto por treze capítulos que delineiam um mosaico de histórias, experiências, lutas e conquistas na transformação do ensino médico da Unifesp: não se trata de um relato acabado, mas antes representa evidências singulares de um projeto

em andamento que a cada ano se aprimora, se amplia e, efetivamente, constrói uma nova cultura de aprendizagem e ensino em Medicina.

Na sua primeira parte – A Formação Médica na Unifesp: Contextualização Histórica, Teórica e Metodológica – o livro situa o panorama do ensino médico a partir de uma articulação com os movimentos nacionais de mudanças na educação médica brasileira. Desta forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Promed e o Pró-Saúde são referências fundamentais para a compreensão das transformações recentes no ensino médico, nos seus aspectos curriculares e do processo ensino-aprendizagem. Este cenário nacional se imbrica com uma trajetória histórica da EPM, onde sempre despontaram a excelência técnico-científica e a responsabilidade social.

O primeiro capítulo aborda essa trajetória em seus vários movimentos de busca pela melhoria e atualização da formação.

Os capítulos 2 e 3 resgatam importantes movimentos recentes que têm estimulado a busca de solução de novos paradigmas na educação médica: as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Promed e o Pró-Saúde.

Finalizando esta primeira parte, o capítulo 4 traz uma abordagem teórico-conceitual da prática profissional como fator de motivação e aprimoramento da aprendizagem do estudante.

Na seqüência, os próximos oito capítulos trazem as descrições das propostas mais recentes de mudança, situando uma série de unidades curriculares que foram implantadas e/ou reformuladas, compondo um eixo de aproximação progressiva do aluno às questões relacionadas com a prática profissional, configurando intersecções e relações de complementaridade e problematização entre os diferentes espaços da formação médica, rompendo com uma visão reducionista de que a transformação decorre de mudanças pontuais e demonstrando a organicidade entre propostas de inovação que são articuladas por um projeto político-pedagógico mais amplo.

Assim, o capítulo 5 descreve o projeto pedagógico atual proposto para a formação do médico na EPM.

O capítulo 6 – "Observação de Práticas Médicas" – relata a experiência da primeira aproximação do estudante à prática profissional e a forma com que os calouros são acolhidos na graduação.

Desenvolvidos ainda na primeira série do curso, os capítulos 7, 8 e 9 descrevem outras experiências deste projeto nas quais os estudantes são preparados para o suporte básico à vida e para a assistência ao trauma, bem como para a utilização de técnicas básicas nos cuidados em saúde.

O capítulo 10 aborda a maneira como os estudantes se aproximam da discussão da saúde coletiva no seu processo de formação.

Os capítulos 11 e 12 descrevem unidades curriculares que se desenvolvem na segunda série do curso e que se complementam: a discussão da Semiologia Integrada, da Psicologia Médica e da Educação e Comunicação na prática profissional.

Finalizando, na terceira parte do livro – A Formação Médica na Unifesp: Avaliação e Perspectivas – são apresentadas algumas reflexões sobre os desafios e perspectivas da graduação na EPM.

Compor este livro revelou-se uma construção em parceria que nos permite afirmar: melhor do que organizar os textos foi projetar e viver os encontros e discussões coletivas que possibilitaram sua escrita, reconhecendo que agregar para relatar, descrever e discutir experiências configurou-se como caminho significativo para analisar a excelência técnica e o compromisso social que marcam a formação médica na Unifesp.

I

A FORMAÇÃO MÉDICA NA UNIFESP
Contextualização Histórica, Teórica e Metodológica

1

Histórico da Formação Médica na Escola Paulista de Medicina e suas Perspectivas na Universidade Federal de São Paulo

Durval Rosa Borges,
Lucia de Oliveira Sampaio e Helena Bonciani Nader

INTRODUÇÃO

Os PRIMEIROS CURSOS de Medicina no Brasil foram criados por autorização de D. João VI, quando da vinda da família real portuguesa ao Brasil: o da Escola de Cirurgia da Bahia em fevereiro e o da Escola Anatômico-Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro em novembro, ambos em 1808. Apenas no final do século XIX seria criado o terceiro curso de Medicina, em Porto Alegre (1898). Em 2006 o Brasil contava com 149 cursos reconhecidos de Medicina, dos quais 29 no Estado de São Paulo.

A Escola Paulista de Medicina (EPM) foi fundada em 1933, época que costuma ser associada ao nascimento da medicina moderna: "It is customary to place the date for the beginnings of modern medicine somewhere in the mid-1930s, with the entry of sulfonamides and penicillin into the pharmacopoeia and it is usual to ascribe to these events the force of a revolution in medical practice" (Lewis Thomas, 1979).

O manifesto de fundação da EPM definia o duplo objetivo de criar uma escola médica e seu hospital-escola: "Uma escola médica exige instalações hospitalares para o ensino das clínicas, e a criação de seu hospital não será menor serviço prestado a São Paulo pela nova Escola que, só por isso, faria jus ao maior carinho e ao melhor desvelo por parte da população paulista". O que hoje parece óbvio não o era à época, tanto que o Hospital São Paulo, inaugurado em 1940, foi o primeiro hospital-escola a ser especificamente construído no Brasil. A Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, criada em 1913, desenvolveu a parte prática de seu curso na Santa Casa de São Paulo até 1945, quando a transferiu para o recém-inaugurado Hospital das Clínicas. A criação da EPM mudou o paradigma do ensino médico no país.

Ao ser instalada a EPM, em 1933, os fundadores criaram também uma sociedade civil sem fins lucrativos, que recebeu o nome de Sociedade Cível Escola Paulista de Medicina, hoje conhecida como Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM). Ambas, EPM e SPDM trabalhando sempre voltadas para a finalidade precípua de servir ao ensino, à pesquisa e à assistência médica.

Neste capítulo relatamos parte de sua história: uma escola privada, criada por 33 jovens (31 médicos e dois engenheiros) para o ensino profissional da Medicina, que se transformou em Universidade Federal de classe mundial. A evolução do ensino de Medicina na instituição não foi linear durante seus quase 75 anos de existência; embora nem sempre os limites sejam precisos, pode ser analisada segundo quatro momentos de sua história: a implantação (1933-1950), a consolidação (1951-1971), a institucionalização da pesquisa (1971-1993), a transformação em universidade e a expansão (1994-2006). É história peculiar, pois é sabido que *When you've seen one medical school, you've seen one medical school.*

• *Implantação:* é o período do regime de cátedra (1933-1950), que se inicia com a criação da EPM e do Hospital São Paulo (HSP, primeiro

hospital-escola do país), e inclui a instalação do primeiro núcleo de pesquisa (Laboratório de Farmacologia e Bioquímica, no segundo andar do HSP em 1947). Ao ensino profissional associava-se a pesquisa.

• *Consolidação:* é o período do regime departamental (1951-1971), que inicia com a criação do primeiro departamento e inclui a federalização da EPM (1956), a criação do internato e do programa de residência médica (1957) e a posterior ampliação do internato para dois anos (1971). Nesse período ocorreu a criação do curso de Ciências Biomédicas (1966) destinado a formar profissionais envolvidos com o ensino e a pesquisa básica.

• *Institucionalização da pesquisa* (1971-1993): período no qual há progressivo credenciamento dos programas de pós-graduação *stricto sensu*. Consolida-se a iniciação científica, com crescente envolvimento de alunos de todos os cursos da instituição.

• *Universidade e expansão:* inicia-se com a transformação da EPM em universidade temática em 1994 (ciências da saúde) e alcança a expansão da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que em cinco *campi* passa a ter dezenove cursos de graduação em três grandes áreas do conhecimento (biológicas, exatas e humanas), em 2007.

IMPLANTAÇÃO: O PERÍODO DA CÁTEDRA (1933-1950)

A escritura de Fundação e Organização da Escola Paulista de Medicina (1933), entidade privada, estabelecia que "É dever do sócio, quando fundador, realizar nos prazos estipulados a quota de capital, a que se houver obrigado no ato constitutivo da Sociedade". Ou seja: os estudantes pagavam para estudar e os professores pagavam para ensinar. Os primeiros "Estatutos da Escola Paulista de Medicina",

aprovados apenas em 1940 (ano de formatura da terceira turma de estudantes), deixavam ampla liberdade de ação aos catedráticos. Estes fatos foram determinantes para que o ensino de Medicina nas primeiras duas décadas de vida da EPM fosse a resultante da somatória de iniciativas independentes e individuais dos catedráticos, e não do desenvolvimento de um projeto pedagógico institucional. Mas já na origem ocorreu alguma integração entre áreas básica e clínica do ensino: o primeiro núcleo de pesquisa da EPM, o Laboratório de Farmacologia e Bioquímica, instalara-se no segundo andar do HSP, em 1947. Em 1951, o Laboratório passou a integrar o recém-organizado departamento de Clínica Médica, como parte do Serviço de Endocrinologia e Nutrição. Em 1956, o Laboratório de Farmacologia e Bioquímica instalou-se em edifício próprio, o hoje denominado Edifício José Leal Prado. O ensino ocorria em ambiente de pesquisa, que passa a influir na formação profissional.

O ensino de clínica médica iniciou-se em 1936 com a disciplina de Clínica Propedêutica Médica e completava-se com o da 1ª Clínica Médica para a 5ª série e da 2ª Clínica Médica para a 6ª série do curso. As primeiras aulas práticas de clínica médica realizaram-se no Hospital Humberto Primo (depois Matarazzo), onde doentes, previamente selecionados pelo corpo docente, ocupavam temporária e voluntariamente leitos em área especificamente cedida ao ensino da EPM, pela direção do hospital. Em junho de 1937 foi inaugurado, já no *campus* da rua Botucatu, o pavilhão Maria Theresa de Azevedo. Em seus dois andares abrigava sessenta leitos. No final de 1940, o HSP já possuía quatro andares em funcionamento, e o "Maria Theresa" destinou-se a atendimento ambulatorial. A figura 1 mostra o edifício sede da EPM, o Maria Theresa e o HSP. Quase tudo ocorria naquele quarteirão, limitado pelas ruas Botucatu (entrada da EPM), Pedro de Toledo, Napoleão de Barros (entrada do HSP) e Borges Lagoa.

A primeira turma de médicos da EPM formou-se em 1938 e o quadro 1 lista as disciplinas ensinadas em cada uma das seis séries naquele

FIGURA 1. Edifício sede da EPM e HSP, 1948.

ano. Os quadros 2 e 3 detalham, para melhor compreensão, os conteúdos ministrados em uma cadeira básica (Química Fisiológica) e outra clínica (Clínica Médica). É respeitada a terminologia da época.

QUADRO 1. Disciplinas do curso de Medicina da EPM, 1938

Série	*Matéria*
1ª	Anatomia; Física Biológica; Histologia, Embriologia Geral.
2ª	Anatomia; Física Biológica; Fisiologia; Química Fisiológica.
3ª	Farmacologia; Microbiologia; Parasitologia; Patologia Geral.
4ª	Anatomia Patológica; Clínica Dermatológica; Clínica Propedêutica Cirúrgica; Clínica Propedêutica Médica; Técnica Cirúrgica.
5ª	Clínica de Moléstias Tropicais; Clínica Urológica; Higiene; Medicina Legal; Terapêutica Clínica; 1ª Clínica Médica.
6ª	Clínica Cirúrgica; Clínica Obstétrica; 2ª Clínica Médica, Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, Ortopedia e Cirurgia Infantil.

QUADRO 2. Química Fisiológica, 1938

Parte Teórica

1. Introdução. Definição e significação entre as outras ciências.
2. Leis da conservação da matéria e da energia. Ciclo da energia e matéria nos seres vivos. Síntese e aproveitamento da energia.
3. Composição dos seres vivos. Alimentos.
4. Alimentos inorgânicos. Água e sais.
5. Hidratos de carbono, Mono, di- e polissacarídios. Glucosídios.
6. Ésteres dos hidratos de carbono. Fermentação.
7. Gorduras. Ceras. Fosfatídios. Cerebrosídios. Esterinas. Carotenóides.
8. Proteínas. Caracteres gerais; (estado coloidal classificação).
9. Decomposição das proteínas. Ácidos aminados. Síntese de proteínas. Polipeptídios naturais e sintéticos. Dicetopiperazinas.
10. Estrutura e tipos de ligação na molécula protéica.
11. Proteínas simples e conjugadas; suas propriedades.
12. Nucleoprotides. Ácido nucléico e derivados. Bases nitrogenadas.
13. Catálise. Enzimas, seus caracteres gerais. Especificidade e reversibilidade da ação catalítica.
14. Sucos digestivos; sua composição e ação sobre os diferentes componentes dos alimentos.
15. Digestão. Absorção e assimilação. Fermentação; auto-intoxicação. Fezes.
16. Sangue. Composição e caracteres de seus componentes. Coagulação. Hemólise.
17. Hemoglobina e pigmentos conexos. Função respiratória do sangue.
18. Constantes físico-químicas do sangue. Dissociação iônica. Reação do sangue.
19. Tampões. Reservas alcalinas. Acidose e alcalose.
20. Linfa. Exsudato. Transudatos. Líquido cefalorraquidiano.
21. Metabolismo da água. Sua regulação e perturbações.
22. Metabolismo mineral. Absorção e eliminação das substâncias minerais. Modificações patológicas.
23. Metabolismo intermediário das proteínas. Suas perturbações patológicas.
24. Metabolismo intermediário dos hidratos de carbono. Papel da insulina. Diabetes.

25. Metabolismo intermediário das gorduras. Corpos cetônicos. Modificações patológicas.
26. Oxidações e reduções nos tecidos.
27. Contração muscular.
28. Correlações químicas. Hormônios.
29. Nutrição e crescimento.
30. Alimentos compostos. Deficiências alimentares.
31. Vitaminas e avitaminoses.
32. Urina. Caracteres gerais. Modificações patológicas.

Parte Prática

1. Acidimetria e alcalimetria. Iodimetria.
2. Determinação do pH colorimetricamente e pelo potenciômetro.
3. Pesquisa e dosagem dos hidratos de carbono.
4. Pesquisa e dosagem das gorduras.
5. Pesquisa e dosagem das proteínas e produtos do seu desdobramento.
6. Pesquisa sobre os componentes principiais da saliva e suco gástrico e de suas enzimas.
7. *Idem* do suco pancreático e da bile.
8. Determinação da reserva alcalina do sangue.
9. Determinação da taxa de glicose do sangue.
10. Determinação do cálcio e fósforo do sangue.
11. Determinação das proteínas do sangue.
12. Determinação do N não protéico do sangue (característicos de seus derivados principais).
13. Determinação da hemoglobina do sangue (característicos de seus derivados principais).
14. Pesquisa dos principais componentes da urina normal e patológica.
15. *Idem* do líquido cefalorraquidiano.
16. Pesquisa das substâncias principais do leite.
17. Determinação colorimétrica dos carotenóides e da vitamina A. Reação de Carr-Price.

18. Pesquisa da vitamina C na urina normal e patológicas; titulação do ácido ascórbico.
19. Pesquisa e características principais das flavinas.

QUADRO 3. Programa de Clínica Médica, 1938

1. Visita diária à enfermaria, sendo distribuídos os leitos pelos estudantes, com a obrigação das respectivas observações, conforme o modelo fornecido.
2. Exercícios de semiotécnica pelos assistentes, em turmas que não poderão exceder a dez estudantes.
3. Lições de clínica, tendo por objeto os casos que ocorrerem no serviço.
4. Uma vez por semana, aula sobre doentes de ambulatório, limitada à diagnose e terapêutica dos casos apresentados.
5. Conferência semanal destinada às generalizações de doutrina sobre assunto prefixado.
6. Exercícios práticos à cabeceira dos doentes, pelos quais os estudantes serão distribuídos.
7. Cursos especiais durante o ano letivo ou no período de férias, para estudantes com a colaboração dos chefes de clínica e assistentes sobre determinados capítulos da patologia.

Em 1950, o HSP tinha capacidade para trezentos leitos, dos quais 180 na seção de indigentes e 120 na de pensionistas; estes financiavam aqueles. No edifício-sede da EPM (ainda hoje sem nome) funcionavam cadeiras básicas pré-clínicas. Numa das alas do edifício achavam-se instaladas também a secretaria, a biblioteca e o anfiteatro que recebera o nome do ministro da Educação e Saúde Professor Raul Leitão da Cunha, cuja atuação fora importante para o credenciamento oficial do curso em 1938. O ensino de algumas cadeiras era feito fora da sede da Escola. As aulas teóricas e práticas de Terapêutica Clínica eram dadas

na Policlínica de São Paulo, à Rua do Carmo, onde também funcionava o Centro de Higiene Social anexo à cadeira de Dermatologia e Sifiligrafia. As aulas práticas de Clínica Ortopédica eram dadas no Pavilhão "Fernandinho Simonsen" da Santa Casa de Misericórdia. O curso de Clínica Psiquiátrica era ministrado no Serviço de Assistência aos Psicopatas e as aulas práticas de Medicina Legal no Pavilhão Médico-Legal. A Clínica Oftalmológica mantinha consultório e Centro de Estudos à Rua Condessa São Joaquim. No Hospital de Isolamento Emílio Ribas realizavam-se as aulas da Clínica de Moléstias Infecciosas.

Em 1950, realizou-se em São Paulo a primeira transmissão de televisão no Brasil. Em 1951, foram criados o Conselho Nacional de Pesquisas e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), a Associação Médica Brasileira e realizou-se a 1ª Bienal de Artes Plásticas de São Paulo. Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde, criado em 1937, se desmembra em Ministério da Saúde e Ministério de Educação e Cultura. Nesse mesmo ano, foi publicado o trabalho de J. D. Watson e F. H. C. Crick, "A Structure for Deoxyribose Nucleic Acid".

CONSOLIDAÇÃO: O PERÍODO DEPARTAMENTAL (1951-1971)

Em 1951, foi criado o Departamento de Clínica Médica. Fato ímpar, pois em instituição de caráter privado, e, como conseqüência da formulação de um projeto pedagógico, mudava-se "a regra do jogo universitário". Somente em 1968, uma lei federal instituiria o sistema departamental na universidade brasileira. A proposta inicial de criação do Departamento vinha de 1949 e baseou-se na reformulação que Raul Leitão da Cunha (ministro da Educação e Saúde) fizera em diversos organismos do Ministério. A reformulação concedia autonomia à Universidade do Brasil (hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ), modificando seu estatuto, e desenhava o modelo de

constituição futura das universidades federais. O Estatuto da Universidade do Brasil (constituída inicialmente por seis institutos e catorze faculdades, dentre elas a Faculdade Nacional de Medicina) estabelecia em seu artigo 59 que "O regimento de cada uma das escolas e faculdades estabelecerá a organização didática e administrativa da mesma em departamentos, formados pelo agrupamento das cadeiras afins ou conexas". Na época, o diretor da EPM informou que, no Rio de Janeiro teve oportunidade de trocar idéias com o diretor do Departamento de Ensino Superior do Ministério, o qual aconselhou que a EPM estudasse muito bem o assunto em apreço, principalmente com referência ao futuro, pois "o que se pretendia era uma inovação no ensino médico, e traria conseqüências que deveriam ser bem ponderadas".

Em 1956, decreto presidencial federalizou a EPM, mas não o HSP. O governo federal adquiriu o patrimônio da EPM e assumiu todos os seus compromissos, ao mesmo tempo que oficializou os professores catedráticos. O decreto ainda estabelecia que "para ensino das clínicas da Escola Paulista de Medicina, a entidade mantenedora do Hospital São Paulo assegurará a utilização de suas enfermarias gerais, instalações e equipamentos, independente de qualquer indenização".

Estes dois fatos (estrutura departamental e profissionalização do corpo docente) marcaram significativamente o ensino na EPM. No quadro 4, apresenta-se a relação de disciplinas ministradas em 1963 em cada uma das seis séries, quando a estrutura departamental estendera-se para toda a EPM. Com trinta anos de existência a EPM substituíra o regime de cátedras pela estrutura departamental.

QUADRO 4. Disciplinas do curso de Medicina da EPM em 1963

Série	*Matéria*
1ª	Anatomia; Bioestatística; Biofísica; Bioquímica; Histologia e Embriologia Geral.

2ª	Epidemiologia e Profilaxia Gerais; Farmacologia; Fisiologia; Microbiologia; Parasitologia; Patologia Geral.
3ª	Anatomia Patológica; Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias; Clínica Dermatológica; Clínica Médica; Clínica Otorrinolaringológica; Medicina Preventiva; Técnica Cirúrgica; Tisiologia.
4ª	Clínica Cirúrgica; Clínica Médica; Clínica Psiquiátrica.
5ª	Clínica Ginecológica; Clínica Neurológica; Clínica Oftalmológica; Clínica Ortopédica; Clínica Urológica; Medicina Legal; Terapêutica Clínica; Tisiologia.
6ª	Clínica Cirúrgica; Clínica Médica; Clínica Obstétrica; Clínica Pediátrica.

Detalhamos a seguir os conteúdos de uma disciplina básica (Bioquímica) e de uma disciplina clínica (Clínica Médica), em 1963.

Programa de Biofísica e Bioquímica em 1963

Os cursos de Biofísica e Bioquímica eram desenvolvidos de maneira sincronizada de modo a permitir um máximo de entrosamento entre ambos. Essa conjugação de atividades estabelecia íntimo entrelaçamento dessas disciplinas, o que era uma motivação a mais para o aprendizado de ambas, e a melhor forma de apresentar, em um semestre, a matéria constante das duas disciplinas. O curso prático, parte fundamental do programa, era executado segundo um *Guia Único do Curso Prático*, especialmente preparado para esta finalidade.

Biofísica

Para o ano de 1963 o programa previa 42 horas de aulas teóricas sobre os temas: métodos óticos; termodinâmica; soluções; equilíbrio ácido-básico; estado coloidal; cinética da reação química; potenciais de óxido-redução; métodos biofísicos de estudo de metabolismo; raios X e radio-biologia. Cada um desses temas era ilustrado por 56 horas de aulas

práticas. Após cada aula prática exigia-se dos estudantes um relatório sucinto da matéria apresentada, para julgar o aproveitamento individual.

Bioquímica

O curso teórico de 42 horas era dividido em 28 aulas, e versava sobre: hidratos de carbono; gorduras e esteróides; proteínas e ácidos nucléicos; enzimas, vitaminas e cadeia respiratória; digestão e valor nutritivo das proteínas; metabolismo intermediário; porfirinas e derivados. O curso prático de 104 horas era dividido em quinze períodos de laboratório, com exercícios predominantemente individuais sobre: química analítica quantitativa, inclusive espectrofotometria; hidratos de carbono, gorduras e proteínas, inclusive cromatografia e eletroforese em papel; cinética de reações enzimáticas; hemoglobina; oxidações biológicas inclusive respiração tissular; prova de carga com vitamina C e prova de tolerância à glicose no homem.

Programa de Clínica Médica em 1963

O programa de Clínica Médica incluía o *clerckship* (noviciado) e seguia-se, coerentemente, com o Internato e a Residência. Desenvolvia-se sob direção única (chefe do departamento) e em quatro séries consecutivas (3ª, 4ª, 5ª e 6ª séries).

3ª série

O ensino visava apenas a Semiótica física e funcional e desenvolvia-se durante todo o ano letivo. Além da semiótica geral, médica e cirúrgica, era ensinada parte da semiótica neurológica, pediátrica e oftalmológica, como preparo para desenvolvimento do *clerckship* (noviciado).

4ª série

Representava a base fundamental do ensino da Clínica Médica: o *clerckship*. O ideal seria haver número de leitos suficiente para toda

turma, o que, infelizmente, não ocorria. Assim, a turma era dividida em duas. Enquanto a turma A fazia o "noviciado" no primeiro semestre, a turma B fazia estágio em Cardiologia, Pulmonologia, Nutrição, Nefrologia e Pediatria. No segundo semestre os estágios eram alternados, ou seja, a turma B fazia o "noviciado" e a turma A as especialidades referidas.

O noviciado era feito em enfermaria geral, que recebia doentes das especialidades, médicas e cirúrgicas. O trabalho nesta enfermaria era supervisionado pelos professores de Clínica Médica e de Clínica Cirúrgica (chefes dos respectivos departamentos) e era de responsabilidade direta de dois chefes de clínica: um médico e um cirurgião.

No decorrer do estágio os leitos eram divididos entre os estudantes (38 leitos para trinta estudantes) sendo a distribuição feita pela ordem de entrada. Cabia ao estudante, no decorrer do "noviciado", a responsabilidade direta pelo doente. A supervisão era feita pelo residente (RI) e pelos médicos de tempo parcial que faziam plantões no período da manhã e no período da tarde.

A turma que estagiava nas especialidades dispunha de leitos e de laboratórios, cujo trabalho variava de acordo com a especialidade. Assim, no estágio de Cardiologia, além da responsabilidade pela assistência supervisionada do doente, ainda realizava recapitulação da semiótica, aprendia a interpretação de eletrocardiogramas e exames radioscópicos e radiográficos. No estágio de doenças pulmonares havia revisão da semiótica física, aprendizado da realização das provas funcionais e interpretação de radiografias. No estágio de Nutrição e Nefrologia, além da assistência ao doente, o estudante era obrigado ao aprendizado das provas funcionais mais importantes.

O estágio em Pediatria era realizado na enfermaria juntamente com os estudantes internos da 6ª série e com os RI e estagiários.

No decorrer da 4ª série, além do estágio – do tipo "noviciado" e nas especialidades –, o estudante participava das seguintes atividades:

- Simpósios realizados às segundas-feiras juntamente com a 5ª série.
- Às terças e sextas-feiras, visita à enfermaria geral realizada pelo professor de clínica.
- Reunião anatomoclínica às quartas feiras.
- Reunião geral às quintas-feiras para discussão dos casos clínicos internados na enfermarias.
- Reunião conjunta de clínica e cirurgia da secção de tórax (coração/pulmão) às sextas-feiras.
- Aula teórica aos sábados.

O conjunto destas atividades em Clínica Médica (estágio, reuniões, aulas teóricas e simpósios) totalizava carga horária de oitocentas horas por aluno.

5ª série

O estudante fazia estágios em Endocrinologia, Hematologia e Gastroenterologia. Estes estágios eram feitos nas enfermarias e particularmente nos ambulatórios. Às segundas-feiras havia simpósio para a 4ª e 5ª séries conjuntamente. Às segundas, quartas e sextas-feiras havia ambulatório geral para metade da turma, alternando-se com Clínica Cirúrgica. Neste ambulatório dava-se grande responsabilidade ao estudante, pois o assistente realizava o controle da ficha de observação somente após o estudante ter examinado o paciente. O Ambulatório Geral funcionava em inteira conexão com as cátedras de Terapêutica e de Medicina Preventiva. Com esta última a conexão era muito estreita através das visitas domiciliares. Computando todas as atividades, cada estudante da 5ª série tinha um total de 264 horas de trabalho na Clínica Médica.

6ª série

O estudante fazia o Internato, assim registrado em documento da época:

1. A instituição do regime curricular de internato, pela EPM, representa uma das etapas de uma série de alterações, realizadas desde

há alguns anos e que resultaram na criação de um sistema de estágios que cremos permitirá ao acadêmico uma maior exposição aos importantes e freqüentes problemas que se destacam na atividade profissional do médico.

2. Em 1962 o programa da 6ª série médica constituirá fundamentalmente de estágios em alguns dos setores clínicos. Este sistema de trabalho preenche os requisitos que o classificam de internato e terá um caráter de rodízio pelos seguintes departamentos ou serviços: Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Doenças Infecciosas (Hospital Emílio Ribas), Medicina Preventiva e Pronto Socorro do Hospital Municipal.
3. O estabelecimento deste tipo de internato como parte compulsória do Curso Médico qualifica o recém-formado a inscrever-se para admissão em 1963, no regime de residência da EPM e HSP.
4. Os candidatos aprovados no internato e admitidos em 1963 para o programa de residência ficam dispensados do rodízio a que se submeteram os graduados dos anos anteriores e passarão a freqüentar seletivamente as disciplinas que constituem o ciclo cirúrgico (Obstetrícia e disciplinas afins; Cirurgia e especialidades) e o ciclo clínico (Clínica Médica, especialidades e disciplinas afins; Pediatria).
5. As bases fundamentais do programa serão elaboradas e aprovadas pelo Conselho Técnico-Administrativo da EPM e supervisionados por uma comissão constituída pelos diretores da EPM e do HSP e pelos catedráticos, ou seus representantes, das disciplinas que integram o rodízio do sexto ano.
6. A Comissão de Internato e Residência submeterá à aprovação do Conselho Técnico-Administrativo da EPM ou conjuntamente indicarão um assistente que exercerá as funções de coordenador do programa. Este elemento (coordenador) terá como função principal a de trazer ao conhecimento da Comissão e/ou ao Conselho problemas a serem analisados e considerados. Ao coordenador

cabe ainda responsabilizar-se pela execução e observância das normas estabelecidas.

7. O Internato funcionará ininterruptamente de 15 de janeiro a 15 de dezembro. Neste período estão incluídas as épocas correspondentes aos exames de aprovação.
8. A Comissão responsável manterá um prontuário de cada residente, onde serão anotados e arquivados os relatórios enviados obrigatoriamente pelos serviços que integram o programa.
9. Não serão admitidos para os trabalhos do ano seguinte os elementos não classificados pela Comissão. Somente em condições excepcionais, poderá permitir-se a repetição do mesmo estágio, no seguinte ano. Esta exceção só será aplicável em apenas uma única oportunidade para cada candidato.
10. Terminado o programa de residência, o estagiário receberá diploma oficial, assinado pelo diretor da EPM e do HSP, podendo também ao finalizar cada período de doze meses, solicitar o certificado correspondente ao tempo de atividade.

Em 1971, o Internato passou a ser de dois anos (5ª e 6ª séries do curso).

A EPM foi uma das primeiras a implantar (1957) programas de Residência Médica no Brasil, criados seguindo a mesma concepção dos programas desenvolvidos no começo do século XX nos Estados Unidos. Na década de 1960, a Residência Médica na EPM/HSP era composta de dois ciclos básicos: o clínico e o cirúrgico, no qual se distribuíam os seus vinte médicos, dez clínicos e dez cirurgiões. As especialidades iniciavam-se no terceiro ano. Nas décadas seguintes, a Residência Médica passou a ser diversificada até que, em 2006, 64 programas diferentes são oferecidos para 555 médicos residentes. A mudança ocorrida a partir de 2003 no exame de seleção à Residência Médica (provas teórica, teórico-prática e prática) vem refletindo beneficamente no Internato.

Em 1966 foi criado o curso biomédico. José Leal Prado, no último parágrafo do documento denominado "Sobre o Curso de Graduação, Mestrado e Doutoramento em Ciências Biomédicas da Escola Paulista de Medicina" registra:

> Uma instituição como a Escola Paulista de Medicina sente-se limitada dentro da estrutura de um instituto isolado de ensino superior. A criação do curso de ciências biomédicas tornará mais amplo seu campo de atividade cultural e mais importante sua contribuição social. Se tivermos êxito nesta iniciativa, estaremos armazenando uma experiência valiosa ao mesmo tempo em que teremos maiores possibilidades para fazer uma segunda tentativa no caminho da Universidade Federal. Somente o futuro ditará a melhor conduta a seguir.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PESQUISA CIENTÍFICA (1971-1993)

O ambiente de pesquisa estabelecido na década de 1960 propiciou em 1970 o início de programas de pós-graduação na EPM, formalmente reconhecidos pela Capes. Esses programas passaram a ser alvo de um número expressivo de graduandos interessados em seguir carreira acadêmica. Vale notar que esses programas já apresentavam características multidisciplinares, envolvendo várias disciplinas e departamentos em projetos integrados de pesquisa. A EPM passa a ser reconhecida como centro de excelência na produção de conhecimento e na formação de mestres e doutores.

A diversidade de projetos de pesquisa, a potencialidade e a alta titulação do corpo docente levaram a Instituição a repensar o currículo dos cursos de graduação. Em 1970, após ampla discussão, tem início, para os estudantes de Medicina, o curso de Ciências Fisiológicas, que engloba os conteúdos das antigas disciplinas de Físico-Química, Bioquímica, Biofísica, Farmacologia e Fisiologia, numa unidade curricular única.

Como descrito por seus idealizadores, o curso foi criado "numa tentativa de melhorar o rendimento do corpo docente e discente", tendo "por objetivo promover nos alunos":

- O desenvolvimento da capacidade de observação dos fatos experimentais e sua correta interpretação.
- O desenvolvimento da capacidade crítica, de tal modo que o aluno vá aprendendo o respeito à verdade e à objetividade científicas e que, ao estudar determinado assunto, seja capaz de abstrair o essencial dos fatos e os princípios estudados.
- O treinamento da capacidade de trabalho em equipe a fim de alcançar maior rendimento próprio e dos demais companheiros, tendo em vista o caráter eminentemente social da Medicina.
- O aprendizado e a compreensão dos temas do curso de Ciências Fisiológicas, organizado de tal maneira, que o aluno tenha uma visão global da matéria, possibilitando um aprofundamento posterior e a utilização na clínica dos conceitos aprendidos.

O curso era ministrado na 1ª e 2ª séries. Os estudantes desenvolviam intensa atividade prática, nas quais os conteúdos das diferentes disciplinas eram abordados de forma conjunta e ilustrados em protocolos experimentais diretamente voltados à prática médica. Por exemplo, para o estudo da secreção gástrica, os estudantes realizavam procedimentos cirúrgicos que levavam a fístula gástrica em animais de experimentação. A discussão da atividade prática, acompanhada da leitura de livros-texto e trabalhos científicos relacionados aos temas, levavam à sedimentação dos conceitos teóricos. A elaboração de relatório era fundamental para a avaliação do aprendizado.

Em 1972, o governo federal implanta nas universidades o chamado Ciclo Básico Integrado. A EPM é obrigada a aderir a esse programa, e assim, o curso de Ciências Fisiológicas é descontinuado no seu segundo ano de existência. O Ciclo Básico Integrado agrupava todas as disciplinas básicas (Ciências Morfológicas: Anatomia, Histologia,

Genética, Embriologia; e Ciências Fisiológicas: Físico-Química, Biofísica, Bioquímica, Fisiologia) que passaram a ser ministradas em conjunto aos ingressantes de todos os cursos da instituição: Medicina, Biomedicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Ortóptica.

O curso foi imposto à comunidade acadêmica sem a devida discussão e o resultado foi desastroso. Houve frustração por parte do corpo docente, que estava profundamente envolvido e comprometido com o projeto de ensino anterior. E ainda, diferenças importantes na vocação e necessidades de cada curso, na motivação e no conhecimento prévio dos estudantes, contribuíram para o fracasso do Ciclo Básico Integrado. Já em 1973, foi subdividido em dois grupos, um voltado aos estudantes de Medicina e Biomedicina, e outro para os estudantes dos outros cursos. A partir de 1977, as disciplinas de Bioquímica, Biofísica, Fisiologia e Físico-Química passaram a ser ministradas separadamente para os estudantes de Medicina e Biomedicina. No início da década de 1980, ocorre o mesmo para as disciplinas da área de Ciências Morfológicas.

No final da década de 1970 e durante os anos de 1980, o currículo do Curso Médico da EPM passa a incluir conteúdos de novas áreas como Psicofarmacologia (1979) e, de forma pioneira, a Biologia Molecular (1985); na seqüência, Ciências Humanas (sociologia e psicologia médica em 1986) e Informática Médica (1988), esta última não como disciplina isolada, mas integrada a unidades curriculares.

A iniciação científica (IC) consolidou-se na Unifesp a partir de 1992 com o Programa Institucional de Iniciação Científica (Pibic) do CNPq. Os responsáveis pela distribuição das bolsas entenderam ser papel de programa de iniciação científica transmitir ao aluno noções do método científico preparando-o para aprendizado com visão crítica. Alguns pressupostos têm sido considerados:

- Que o estudante esteja integrado em grupo com linha de pesquisa consolidada e produtiva pois a iniciação é do aluno e não de "orientador" não capacitado ou não envolvido com pesquisa científica.

- Que a participação do aluno seja adequada à etapa de iniciação científica, não limitada à pesquisa bibliográfica ou à procura de pastas em arquivos. Esta participação deve ser ativa (obtenção de resultados próprios) e não passiva.

Iniciação científica é programa de caça a talentos (futuros pesquisadores), mas é fundamentalmente instrumento de melhor formação profissional. Questionário aplicado aos formandos do Curso Médico de 2006 revelou que os estudantes estão fortemente engajados em atividades acadêmicas extracurriculares. A figura 2, ao fim deste capítulo, mostra que ao terminarem a graduação, mais de 80% dos formandos participaram de programas de iniciação científica (IC com bolsas de CNPq ou Fapesp) ou de outros programas acadêmicos. Alguns dos indicadores da produção científica dos estudantes encontram-se no quadro 5. O número de bolsas de iniciação científica do CNPq (Pibic) concedidas a estudantes de Medicina no período entre 1992 e 2006 está registrado no quadro 6. Anualmente, um entre quatro matriculados no curso de Medicina é bolsista do Pibic e ao final de seis anos de curso aproximadamente mais de 80% participou ativamente das atividades de pesquisa da instituição (85% dos formandos em 2006).

QUADRO 5. Produção acadêmica dos estudantes de Medicina que participaram ou não de programas de iniciação científica [IC] na Unifesp

	*Média/Estudante**	
	IC	Não IC
Participação em eventos científicos	2,86	0,94
Resumos publicados em anais de congressos	1,41	0,44
Artigos completos publicados em periódicos	0,36	0,06

**Dados obtidos através de questionário aplicado a todos os estudantes de Medicina formados em 2006.*

QUADRO 6. Número de estudantes matriculados e de bolsistas do Programa de Iniciação Científica Institucional do CNPq [Pibic] do Curso Médico da Unifesp [período 1992-2006]

	Número/ano	
Ano	*Estudantes matriculados*	*Bolsas Pibic*
1992	643	84
1993	638	116
1994	653	174
1995	661	193
1996	669	191
1997	681	169
1998	672	186
1999	675	163
2000	673	163
2001	670	162
2002	670	145
2003	676	141
2004	670	153
2005	645	162
2006	699	155
Total [15 anos]	9 995	2 357

A consolidação da Iniciação Científica possibilitou que em 1998 fosse criado o programa MD-PhD na Unifesp, uma iniciativa inovadora que busca a integração entre a pós-graduação e a graduação na área médica com o objetivo de estimular a formação do pesquisador clínico. Através deste programa, estudantes de Medicina que participam ativamente de projetos de Iniciação Científica há pelo menos um ano, orientados por pesquisador credenciado em programa de pós-graduação de conceito cinco ou superior na Capes, poderão, uma vez

selecionados por comissão especialmente criada para esse fim, iniciar seu doutorado antes da conclusão do curso.

UNIVERSIDADE E A EXPANSÃO
O PERÍODO DO CURRÍCULO NUCLEAR (1994-2006)

Em 1994 a EPM foi transformada em universidade temática da área da saúde, e passou a ser denominada Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Essa nova situação da instituição criou um ambiente propício a discussões de novas idéias e perspectivas. Nesse período, iniciam-se os estudos para uma nova reforma do ensino de Medicina. A última mudança significativa havia ocorrido quando o Internato, que era de um ano, passou a ser desenvolvido nos dois últimos anos do curso (5ª e 6ª séries). A reforma foi balizada por características próprias da instituição e características gerais.

Características da Unifesp

- Todos docentes são titulados (pós-graduação *stricto sensu*) e, em sua maioria, trabalham em regime de tempo integral.
- Recebe estudantes da elite estudantil do país.
- Há integração científica e geográfica entre áreas básicas e profissionais, que *não* se separaram, como ocorreu nas demais universidades brasileiras por ocasião da reforma universitária.
- Há significativo envolvimento de estudantes em programas de iniciação científica, monitoria e extensão.

Características gerais

- Rápido e significativo progresso das ciências biomédicas, e conseqüente desenvolvimento de complexas técnicas diagnósticas e terapêuticas. O aumento excessivo de horas-aula (dentro da armadura dos seis anos de curso) não evitou que a educação médica

perdesse o passo, de um lado, com os avanços da ciência biomédica e, do outro, com as necessidades da prática clínica.
- Desenvolvimento de novas concepções pedagógicas.
- Efetiva e ampla disponibilidade de acesso eletrônico a fontes de informação biomédica.

A inclusão de novos conhecimentos em grade horária já congestionada só foi viável com a implantação do Currículo Nuclear, compreendido como o conhecimento essencial a ser adquirido por todo graduado em Medicina. Os módulos eletivos e o "tempo pró-aluno" (tempo de estudo, de pensar ou de lazer) completam o currículo pleno. A criação de espaços para a implantação das eletivas e do tempo pró-aluno exigiu integração interdisciplinar, tanto horizontal (básico-básicas e clínico-clínicas) como vertical (básico-clínicas). A integração fez com que a estrutura curricular fosse simultaneamente condensada e melhorada. O Currículo Nuclear foi implantado na Unifesp em 1997 e completou seu primeiro ciclo em 2002. Aspecto fundamental da reforma curricular foi o desenvolvimento de sistemática de avaliação, coerente com a mudança realizada. Têm sido avaliados o processo ensino/aprendizado (o estudante), os recursos humanos (corpo docente) e materiais da instituição. Quatro parâmetros vêm sendo utilizados para avaliação do ensino de Medicina na Unifesp: 1. desempenho do estudante durante o curso, 2. desempenho do graduado na prova de seleção à Residência Médica e 3. a Prova do Progresso (Borges & Stella, 1999) e, mais recentemente, a prova de Avaliação de Habilidades e Atitudes, implantada em 2006.

Na figura 3 encontra-se a carga horária do curso de Medicina da Unifesp de 1938 a 2006, a porcentagem de evasão e a distribuição dos ingressantes por sexo, nesse mesmo período. Fica evidente que a carga horária atingiu o máximo admissível para seis anos de curso de graduação. Os dados mostram que a taxa de evasão reduziu-se significativamente a partir da metade da década de 1950, que coincide

com a federalização da instituição e sua presença no cenário nacional. Chama atenção a inclusão da mulher entre os ingressantes no Curso Médico, que passou de 0% em 1933 para cerca de 50% a partir dos anos de 1980.

Em 2006 tem início o processo de expansão da instituição. Em 2007, a Unifesp deixou de ser universidade temática. No quadro 7 são apresentados os cursos e os respectivos anos de criação.

QUADRO 7. Cursos de graduação da Unifesp em 2007

Campus	*Curso*	*Início*
São Paulo	Medicina	1933
	Enfermagem	1939
	Ortóptica/Tecnologia Oftálmica	1962/1997
	Ciências Biomédicas	1966
	Fonoaudiologia	1968
Baixada Santista	Educação Física	2006
	Fisioterapia	2006
	Terapia Ocupacional	2006
	Nutrição	2006
	Psicologia	2006
Diadema	Ciências Biológicas	2007
	Engenharia Química	2007
	Farmácia e Bioquímica	2007
	Química	2007
Guarulhos	Ciências Sociais	2007
	Filosofia	2007
	História	2007
	Pedagogia	2007
São José dos Campos	Ciência da Computação	2007

Os principais momentos da trajetória da Unifesp, que ilustram como emergiram e se estabeleceram as vocações da Instituição, estão sumariados no quadro 8.

QUADRO 8. Principais momentos da trajetória da Unifesp

1933	Fundação	Trinta e um médicos e dois engenheiros, movidos por criatividade, muito entusiasmo e determinação, fundaram a Escola Paulista de Medicina (EPM) e a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).
1936	Hospital São Paulo	Com o objetivo de prover local adequado para a prática profissional dos estudantes, foi criado o primeiro hospital-escola do país.
1947	Primeiro núcleo de pesquisa	Laboratório de Farmacologia e Bioquímica instala-se no segundo andar do HSP. Em 1956 o laboratório instalou-se em edifício próprio, hoje denominado Edifício José Leal Prado, construído e equipado para desenvolver pesquisa na área das químicas fisiológicas.
1951	Primeiro departamento	Encerra-se o período das cátedras com a criação do Departamento de Clínica Médica.
1956	Federalização	A EPM, até então de natureza privada, torna-se instituição pública e gratuita, transformando-se em estabelecimento isolado de ensino superior de natureza autárquica, vinculada ao Ministério de Educação.

1957	Residência Médica	O avanço da Medicina levou à criação de programa especial para adequar a formação profissional às necessidades da sociedade. A Residência Médica da EPM foi a terceira do país.
1963	Expansão dos laboratórios de pesquisa	O crescimento e diversificação dos grupos de pesquisa experimental levaram à construção do Edifício Ciências Biomédicas (hoje Edifício Antonio C. M. Paiva), destinado exclusivamente a abrigar novos laboratórios de pesquisa.
1965	Programa de saúde indígena no Xingu	Estudantes e docentes passam a atuar no Parque Nacional do Xingu realizando ações de assistência médica, imunização e educação em saúde, além de pesquisa.
1967	Biblioteca Regional de Medicina	O acervo da Biblioteca Central, criada na EPM em 1967, cresce, e através de convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde passa a representar a Biblioteca Regional de Medicina (Bireme).
1970	Criação dos primeiros programas de pós-graduação	A diversidade de projetos de pesquisa, a potencialidade e a alta titulação do corpo docente levaram a instituição a criar, os primeiros programas de pós-graduação na área da Saúde no Brasil.
1970	Programa assistencial do Embu	A instituição passa a atuar em unidades básicas no Município do Embu, realizando atividades de assistência, ensino e pesquisa.

1984	Infar	O crescimento da pesquisa e da pós-graduação levou à instalação de um novo edifício para abrigar as áreas de Biofísica, Bioquímica e Farmacologia. Instala-se o Instituto de Farmacologia e Biologia Molecular (Infar).
1992	Programa Institucional de Iniciação Científica (Pibic)	A forte vocação da Instituição em pesquisa e o expressivo número de orientadores credenciados nos programas de pós-graduação, vários dos quais atuando com estudantes bolsistas de Fapesp e CNPq, determinou a concessão de 108 bolsas no programa Pibic (8% dos graduandos).
1994	Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	A Escola Paulista de Medicina, já consolidada e exercendo plenamente suas atividades nas áreas de ensino, pesquisa e extensão, foi reconhecida como universidade especializada na área da Saúde, passando a chamar-se Universidade Federal de São Paulo.
1996	Currículo Nuclear e Avaliação	Reestruturação do curso de Medicina. Instituição da Prova do Progresso.
1997	Expansão dos laboratórios de pesquisa (2ª fase)	O final dos anos de 1990 representou uma segunda fase de expansão dos laboratórios de pesquisa na Unifesp com a inauguração de novos prédios específicos para investigação científica: Edifício de Pesquisa I e Edifício de Pesquisa II (2007), ocupados por mérito e equipes multiusuários.

1998	Programa MD/PhD	Integração entre a pós-graduação e a graduação na área médica.
1998/ 1999	Parceria com a Rede de Saúde do Estado e Município	A necessidade da prática dos graduandos no Sistema de Saúde fez com que a instituição firmasse convênios específicos em cenários adequados. Estudantes de graduação passam a desenvolver atividades no Centro de Saúde de Vila Mariana e UBSs de Sacomã/Ipiranga, atuando sob supervisão de docentes da Unifesp em atividades práticas.
1999	Fada	Criação do Fundo de Apoio ao Docente e ao Aluno (Fada) para financiamento de projetos de pesquisa e participação em congressos no país e no exterior. A análise é feita por um comitê gestor externo e interno à instituição.
2000	Professor afiliado – modalidade pesquisa	O Conselho Universitário (Consu) cria a categoria de professor afiliado (modalidade pesquisa).
2002	Promed	Aprovação do projeto Promed do Curso Médico.
2003	Expansão da Unifesp	Em 2003 inicia-se a fase de expansão da Unifesp (quadro 5).
2005	Pró-Saúde	Aprovados os projetos Pró-Saúde dos cursos de Medicina e de Enfermagem da instituição.
2006	Professor afiliado – modalidade ensino e avaliação	O Conselho Universitário (Consu) cria a categoria de professor afiliado (modalidade ensino). Implantação da prova de Habilidades e Atitudes no Internato.

PERSPECTIVAS

Este rápido apanhado da história do ensino de medicina na Unifesp mostrou como seu projeto pedagógico foi se modificando com o contínuo progresso das ciências biomédicas e as mudanças sociais que ocorreram no país. A uma primeira fase caracterizada por dissociação entre o ensino das "cadeiras básicas" e as "cadeiras clínicas", seguiu-se fase de significativo avanço das ciências biomédicas com impacto direto na prática médica, bem como da fragmentação das disciplinas clínicas em especialidades e subespecialidades. Alguns desafios precisam agora ser equacionados, o principal talvez seja responder à questão: a estrutura departamental esgotou-se? Sua implantação foi um avanço na substituição do regime de cátedras, mas a excessiva fragmentação dos departamentos e destes em disciplinas entrou em descompasso com o conhecimento atual biomédico. Como exemplo, podemos lembrar a endoscopia terapêutica cada vez mais resolutiva e a cirurgia minimamente invasiva convergindo para formação de novo médico/especialista. Outro exemplo é a síndrome metabólica que claramente não respeita a atual divisão dos departamentos e suas disciplinas.

Sabemos que é difícil aprender medicina, dada sua amplitude: medicina não é uma ciência biológica, mas sólida base de conhecimentos biomédicos é indispensável para seu pleno exercício; a medicina não é ciência exata, mas diagnóstico e tratamento devem basear-se em evidências demonstráveis; a medicina não é ciência humana, mas sem relação médico-paciente plena de compreensão e confiança não existe medicina. Sabemos ser difícil equilibrar, nas doses certas, ciência e arte na formulação do futuro médico; ou no dizer de Drummond "infundir ritmo ao puro desengonço".

Pensamos que vale terminar este capítulo com as palavras do poeta Guilherme de Almeida, na cerimônia do lançamento da estaca fundamental do HSP em 1936: "Aí está, germinada e pros-

perada a semente; aí está, florescido o ideal; aí está, frutificado o empreendimento! Aí está a Escola Paulista de Medicina. A árvore boa, em boa hora, sob um bom signo, numa boa terra e por boas mãos plantada".

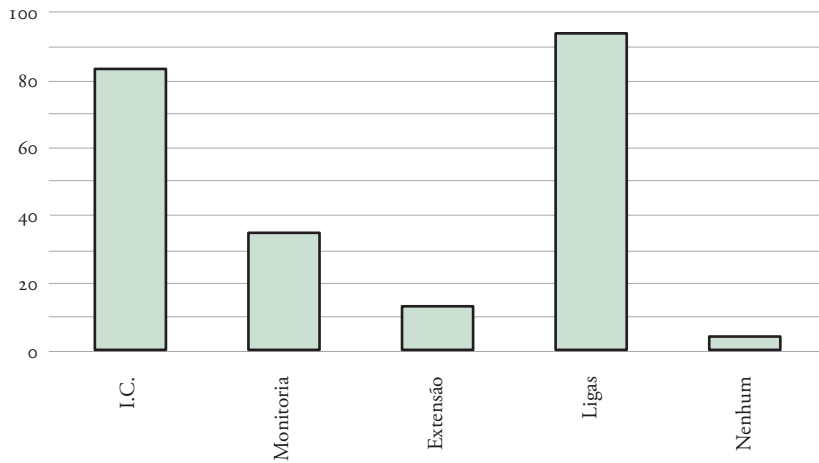



FIGURA 2. Porcentagem dos estudantes do Curso Médico formados em 2006 que aderiram a programas acadêmicos da Unifesp.

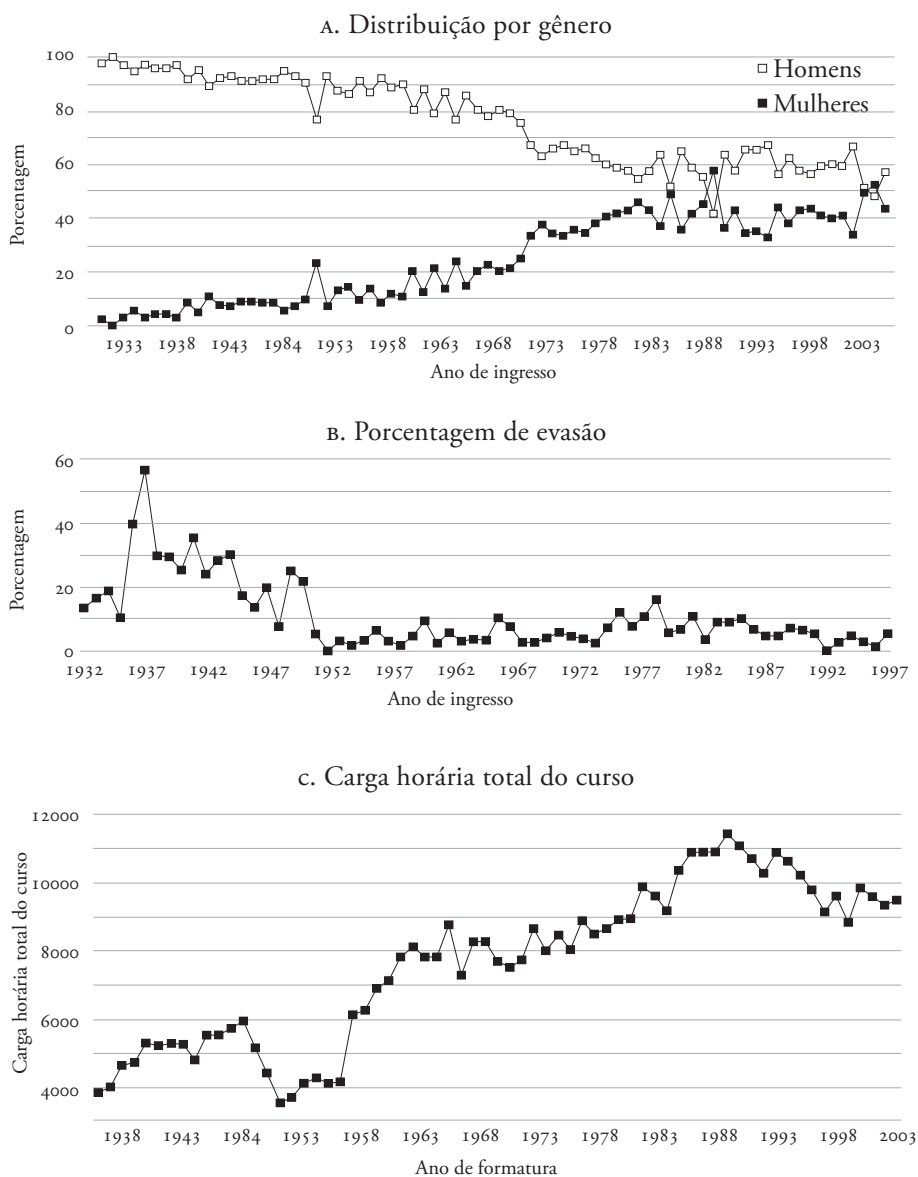



FIGURA 3. Registro histórico dos ingressantes do curso de Medicina na Unifesp relativo a (A) distribuição por gênero, (B) porcentagem de evasão e (C) carga horária total do curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, D. R. & STELLA, R. C. R. 1999. "Avaliação do Ensino de Medicina na Universidade Federal de São Paulo". *Rev. Bras. Educ. Med.,* 23:11-17.

BORGES, D. R. 2001. "Breve História do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Paulo". *Folha Médica,* 120, pp. 69-113.

CARVALHO, O. 1969. *História da Escola Paulista de Medicina*. Rio de Janeiro, Borsoi.

CONTEÚDO Programático do Curso de Medicina de 1933 a 2005. Levantamento realizado por Marta Costa Penas da Pró-Reitoria de Graduação.

ESCOLA Paulista de Medicina. 1951. São Paulo, Ave Maria.

ESCOLA Paulista de Medicina: 60 Anos de História. 1993. São Paulo, Escola Paulista de Medicina.

GOLDSTEIN, J. L. & BROWN, M. S. 1997. "The Clinical Investigator: Bewitched and Bewildered – But Still Beloved". *J. Clin. Invest*. 99, pp. 2803-2812.

PRADO, J. L. 1966. "Sobre o Curso de Graduação, Mestrado e Doutoramento em Ciências Biomédicas da Escola Paulista de Medicina", *Ciência e Cultura*, 18, pp. 440-443.

PRADO, J. L. 1973. "Departamento: sua Conceituação e seu Papel Perante o Ensino e a Pesquisa". *Ciência e Cultura*, 25, pp. 311-315.

RAMOS, J. A. 1952. *Problemas Fundamentais da Escola*: *Relatório Apresentado à Congregação da Escola Paulista de Medicina*.

THOMAS, L. 1979. "Medical Lessons from History". *The Medusa and the Snail*. Penguin Books, pp. 158-175.

VALLE, J. R. 1977. *A Escola Paulista de Medicina: Dados Comemorativos de seu 40º Aniversário (1933-1973) e Anotações Recentes*. São Paulo, Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais.

WATSON, J. D. & CRICK, F. H. C. 1953. "A Structure for Deoxyribose Nucleic Acid". *Nature*, 171, pp. 737-738.

2

A Formação Profissional no Contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina

Regina Celes de Rosa Stella e
Rosana Fiorini Puccini

As Diretrizes Curriculares Nacionais (dcn) para os cursos de graduação, na área da saúde (Brasil, 2001), constituem mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo flexneriano, biomédico e curativo para outro, orientado pelo binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; de uma dimensão individual para uma dimensão coletiva; de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de atividades teóricas, para currículos flexíveis, modulares, dirigidos para a aquisição de um perfil e respectivas competências profissionais, os quais exigem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes, além de múltiplos cenários de ensino.

Aprovadas em 2001, as diretrizes encontram ainda dificuldades e resistências para sua implementação. As dificuldades são inerentes à introdução de novos paradigmas. As resistências, na sua maioria,

situam-se intramuros, advindas de uma parte do corpo docente que sente a proposta de integração como uma ameaça à importância de sua disciplina e considera o hospital universitário e seus ambulatórios de especialidades como único ou principal *locus* do ensino.

Uma outra ordem de dificuldades é aquela inerente ao estabelecimento de um diálogo, de uma interação com o mundo do trabalho, no caso representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e suas unidades próprias de atenção à saúde. Além disso, existe a necessidade de uma nova pactuação com prestadores de serviço ao SUS, como os hospitais de ensino; a estes se procura dar maior funcionalidade, inclusive com a indicação de fluxos de referência e contra-referência, estabelecendo-se como porta de entrada no sistema os centros de atenção básica.

A compreensão do alcance dessas diretrizes e das novas práticas profissionais derivadas demanda uma contextualização de seu processo de elaboração.

A construção das DCN dos cursos de graduação tem origem nos questionamentos sobre o ensino superior, iniciados na década de 1960, entre os quais se destaca o seu isolamento do mundo do trabalho, formando profissionais com perfil não adequado às necessidades sociais (Santos, 1995). Essa discussão aprofunda-se no último quartel do século XX, na Europa e nas Américas, gerando propostas de revisão curricular e de novas práticas pedagógicas, orientadas para a resolução do "conflito entre instrução e formação, entre adestramento e educação", nos termos da reflexão feita por Antonio Manoel dos Santos Silva sobre a universidade no limiar do século XXI (Silva, 1999).

Entre 1945 e 1964, o Brasil vive um período de experimentação democrática, marcado pelo nacionalismo desenvolvimentista e por uma aliança com os trabalhadores na tentativa de formação de uma base social. Cria-se no Ministério da Educação o Instituto Superior de Estudos Brasileiros – ISEB (1955-1964) –, que congregou vários intelectuais brasileiros, como Cândido Motta Filho, Anísio Teixeira e Hélio Jaguaribe (Toledo, 2005). O ISEB tornou-se um verdadeiro

centro de formação política e ideológica, de origem democrática e caráter reformista, que produziu pesquisas, cursos regulares, seminários e debates públicos. Nele conviveram liberais, social-democratas, comunistas e católicos progressistas. Somente nos últimos anos antes de sua desativação, quando dirigido pelo filósofo Álvaro Vieira Pinto e pelo historiador Nelson Werneck Sodré, ocorre uma homogeneização ideológica, com o predomínio de tendências marxistas, privilegiando-se o debate das reformas sociais e econômicas defendidas pelo movimento nacionalista e pelo governo João Goulart (Toledo, 1997).

É nesse ambiente que Paulo Freire ensina e desenvolve sua teoria, destacando-se entre os educadores brasileiros proponentes de mudanças. Em sua tese de concurso para a cadeira de História e Filosofia da Educação na Escola de Belas-Artes de Pernambuco (Freire, 2001), escrita em 1959, faz uma reflexão sobre o antagonismo entre o momento histórico de uma sociedade que se democratiza e necessita formar cidadãos, e o ensino, centrado na palavra desvinculada da realidade que deveria representar, pobre de atividades em que o educando ganharia experiência pelo fazer; sobre o antagonismo entre uma escola que não permite a discussão, o gosto pela pesquisa ou a recriação do conhecimento, e a necessidade de formar indivíduos com espírito crítico; sobre o antagonismo entre uma escola que se alheia da discussão sobre a realidade da vida, do entorno e da nação, e o desejo de desenvolver no educando a "criticidade de sua consciência", incutindo-lhe o "sentimento de dever cívico de preocupação com o outro, com o coletivo".

Na conclusão de sua tese, Freire apresenta considerações pertinentes e ainda atuais, das quais citamos duas:

> [...] para ter força de mudança, para ser "agente de los cambios sociales", na expressão de Mannheim, é necessário ao processo educativo estabelecer relação de organicidade com a contextura da sociedade a que se aplica;

> [...] finalmente, a revisão de nosso processo educativo não pode ser parcial porque é todo ele que está inadequado e é todo ele, em conjunto, em bloco, que a cultura em elaboração precisa.

No período da ditadura militar (1964-1984), essas idéias são reprimidas, e as reformas da educação – como a criação de departamentos e institutos segundo as áreas de conhecimento – restringem-se aos aspectos organizacionais. Os currículos continuam a ser rigidamente definidos pelo Conselho Federal de Educação, e a segmentação entre formação básica e profissionalizante é acentuada.

Com a retomada da democracia, a discussão é reaberta. Em 1996, é promulgada a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, proposta por Darcy Ribeiro, a qual concede autonomia didático-científica às universidades, assegurando-lhes, entre outras atribuições, a de "fixar os currículos de seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes" (*Diário Oficial*, 23 dez. 1996).

A síntese de movimentações semelhantes em outros países encontra-se no texto básico elaborado para a Conferência Mundial sobre Educação Superior, realizada pela Unesco em 1998:

> Às vésperas do novo século, ocorre uma diversificação do ensino superior e uma demanda sem precedente nessa área, bem como uma crescente conscientização de sua vital importância para o desenvolvimento sociocultural e econômico e para a construção do futuro, em razão do que as gerações mais novas deverão estar munidas de novos conhecimentos, destrezas e ideais.

Essa conferência produz extenso documento que contempla uma formação responsável, cidadã e ética; propõe também a capacitação para a educação permanente e o conhecimento do método científico, com suporte em novas práticas pedagógicas que facilitem a aquisição de competências, habilidades e treinamento para trabalhar em grupos.

As discussões e propostas sobre o ensino médico ocorrem na confluência entre os movimentos educacionais e os específicos de reformulação no campo de atuação dos profissionais de saúde.

Na década de 1970, o mundo passa por uma crise no modelo de atenção e financiamento médicos. A tecnificação crescente da medicina, aliada a uma prática médica curativa e aos interesses privados havia sido responsável por um crescimento desordenado de custos que não resultarou em melhoria – condizente com a inversão financeira – na assistência e nas condições de saúde da população.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realiza em Alma-Ata (OMS, 1978) uma conferência que reafirma o conceito de saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade, direito fundamental de todo ser humano. Propugna pela inserção, nos programas governamentais, dos cuidados primários em saúde, os quais têm como base os resultados da pesquisa social, biomédica e de saúde pública sobre doenças prevalentes e devem conter um leque de ações educativas, preventivas, curativas e de reabilitação.

No panorama nacional, profissionais da área de saúde organizamse em um movimento pela Reforma Sanitária, "gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais" (Paim, 1992), propondo mudanças em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente e contemplando a ampliação do conceito de saúde, segundo os preceitos da mencionada reforma. Esse movimento estrutura-se nas universidades, com o apoio dos departamentos de medicina preventiva recém-criados em algumas instituições como USP, Unicamp, UERJ e EPM, hoje Unifesp, e também da Fiocruz, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época – o Movimento Democrático Brasileiro. A mobilização estudantil teve um papel fundamental na propagação das idéias e fez com que muitos jovens começassem a se incorporar a essa nova maneira de ver a saúde (*Radis – Comunicação em Saúde*, 2002).

O marco histórico nesse processo foi, sem dúvida, a VIII Conferência Nacional de Saúde, organizada por Sérgio Arouca em março de 1986, à qual compareceram aproximadamente quatro mil representantes de diversos setores da sociedade (Andrade *et al.*, 2000). As conclusões provenientes desse encontro proporcionaram as bases para a elaboração da seção referente à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988), promulgada em 1988. Ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado" e criar o SUS, os dispositivos contidos naquela seção estabeleceram um marco na história da saúde pública brasileira. O SUS foi uma grande conquista, principalmente no que se refere ao resgate da cidadania. Desde 1988 está implantado em todo o país e tem avançado na consolidação de seus programas e princípios. A adequação do processo de formação de recursos humanos para o trabalho em saúde tem sido fundamental para essa consolidação.

Em paralelo à reformulação do modelo de atenção à saúde, na década de 1980, iniciam-se no Brasil e em outros países da América Latina projetos de integração docente-assistencial, conhecidos pela sigla IDA, envolvidos em uma experiência pioneira. A partir de 1985, com apoio da Fundação Kellogg, esses projetos passam a se articular por meio de uma rede – a Rede IDA.

Embora de pouco impacto no interior dos cursos de medicina, pois circunscritos aos departamentos de medicina preventiva, saúde pública ou pediatria, permitiram uma reflexão sobre seus acertos e erros, evoluindo para novas propostas. Entre essas, destaca-se o projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade –, também financiado pela Fundação Kellogg e contando com grande apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esse projeto apresentava como objetivos: "a) contribuir para a reorientação da formação profissional ao nível dos cursos de graduação; b) fortalecer a construção de sistemas locais de saúde; c) promover o desenvolvimento comunitário em matéria de

saúde" (Almeida, 1999). No Brasil, foram indicadas seis escolas, de um total de 26 participantes.

Na década de 1990, os projetos IDA e UNI se mantiveram em atividade e se institucionalizaram, enquanto outros tiveram dificuldades em função do término dos financiamentos. Esse conjunto de experiências, de forma articulada, manteve a realização de encontros e congressos organizados pela Rede IDA, buscando aprofundar as discussões e contextualizar o trabalho diante da nova realidade das políticas de saúde do país, sobretudo com a criação do SUS e da legislação que garantia o controle social. Ocorre uma implementação do processo de aproximação ensino-serviço-comunidade, e a rede, agregando esse conjunto de projetos e experiências, se estabelece como Rede Unida (Feuerwerker *et al.*, [s.d.]), desempenhando importante papel nas discussões sobre educação nos cursos de graduação da área da saúde.

Em razão das evidências sobre a necessidade de mudanças na educação superior e das demandas específicas na área da saúde, no recorte do ensino médico, a World Federation of Medical Education (WFME) realizou em 1988 a Conferência Mundial de Educação Médica na cidade de Edimburgo. As cinco federações componentes da WFME – África, Américas, Europa, Oriente Médio e Pacífico Ocidental – organizaram as respostas de seus setores sobre os 32 questionamentos diagnósticos que compuseram a base para a conferência. A discussão desses resultados gerou uma proposta de reorientação para o modelo de formação médica, conhecida como Declaração de Edimburgo (The Edinburgh Declaration, 1988).

Para atender à convocação da WFME, a Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina (Fepafem) decidiu dar andamento ao projeto "Educação Médica nas Américas – EMA", já esboçado no XXVI Congresso Brasileiro de Educação Médica. A coordenação ficou a cargo da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o patrocínio proveio da Fundação Kellogg, que paralelamente "apoiou outros estudos que permitiram melhor conhecimento da situação do

ensino de Enfermagem, Odontologia e Administração dos Serviços de Saúde na América Latina" (Chaves & Rosa, 1990).

As análises produzidas na primeira fase resultaram na contribuição das Américas à Conferência Mundial de Edimburgo. Na segunda fase delinearam-se os planos para correção dos problemas detectados: desarticulação entre graduação, pós-graduação e educação continuada – em relação a esta última modalidade, era certo que crescera desordenadamente e convertera-se em objeto de consumo mercantilista; currículo hospitalocêntrico, segmentado entre ciências básicas e profissionalizantes, com excessiva subdivisão das grandes áreas em especialidades e subespecialidades médicas; valorização do diagnóstico e do tratamento das doenças, sem a devida ênfase à sua prevenção, à promoção da saúde e à atenção ao paciente.

Seguiram-se, na década de 1990, novos estudos e documentos sobre educação médica, como os produzidos pela OPAS e os resultantes da 2ª Conferência Mundial de Educação Médica (1993), da Conferência Andina sobre Educação Médica (1993) e do Encontro Continental de Educação Médica (1994), realizados respectivamente em Edimburgo, Cartagena e Punta del Leste (Almeida, 1999).

No Brasil, nessa mesma década, o projeto desenvolvido pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) e o programa UNI contribuíram para introduzir amplas transformações nos currículos de cursos superiores ligados à saúde. A responsabilidade pela condução do primeiro e do segundo coube, respectivamente, à ABEM e à Fundação Kellogg, entidades que coordenaram e apoiaram o projeto EMA (Chaves & Rosa, 1990).

Ciente da necessidade de implementação de reformas nos currículos dos cursos de Medicina e reconhecendo a baixa institucionalização dos projetos IDA, a ABEM – que já havia coordenado o projeto EMA – procura consolidar alianças com associações médicas, educacionais e representativas de docentes e alunos, também críticas do modelo de formação vigente: Academia Nacional de Medicina, Associação Mé-

dica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Crub), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes). Todas essas entidades e a própria ABEM reúnem-se e decidem constituir a Cinaem, no entendimento de que a formação do médico não é de responsabilidade exclusiva da instituição superior, mas deve ser também partilhada com o Estado e a sociedade civil.

O passo inicial da Cinaem, em 1991, foi convidar os responsáveis por cursos de Medicina a participarem de um projeto multicêntrico com três fases: 1ª) avaliação diagnóstica da situação vigente; 2ª) realização de oficinas de trabalho com representantes das diferentes associações para propor estratégias de intervenção nos seguintes eixos: processo de formação, docência médica, gestão de cursos e respectiva avaliação; 3ª) avaliação do aluno.

Após a sistematização dos produtos das diferentes etapas, foi possível elaborar, em 2000, um relatório com a proposta de transformação do ensino médico (Piccini *et al.*, 2000).

A Cinaem foi, ao mesmo tempo, um projeto científico liderado por pesquisadores e consultores conceituados e, principalmente, um movimento social, uma pesquisa-ação. Professores, alunos, pós-graduandos e gestores profissionais procederam à análise dos resultados de cada fase e, no processo de construção coletiva, permutaram conhecimentos, tornando-se agentes de transformação da educação médica.

Em 10 de dezembro de 1997, a Secretaria de Educação Superior (SESU) do MEC, atendendo à lei federal nº 9.131 e à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgadas respectivamente em 1995

(Brasil, 1995) e 1996, lança o edital nº 4/97, no qual solicita que universidades, cursos, sociedades científicas, ordens e conselhos profissionais, de forma isolada ou conjunta, ofereçam contribuições para a elaboração das diretrizes nacionais dos cursos de graduação (Brasil, 1997). Esse instrumento legal esclarecia que tais diretrizes tinham por objetivo "servir de referência para as Instituições de Ensino Superior (IES) na organização de seus programas de formação, permitindo uma flexibilidade na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas do conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias definidas" e recomendava que as modernizações curriculares fossem orientadas pelos perfis profissionais demandados pela sociedade.

Democrático e inovador, o edital solicitava, ainda, que as sugestões fossem organizadas nos seguintes tópicos: perfil desejado do formando; competências e habilidades correspondentes; conteúdos curriculares básicos e profissionais, essenciais ao desenvolvimento das mesmas competências e habilidades; estruturação modular dos currículos; e adoção de metodologias de avaliação abrangentes.

A Rede Unida reconheceu e apoiou a forma democrática com que o MEC e o Conselho Nacional de Educação encaminharam o prospecto das diretrizes curriculares, propiciando a ampla participação da sociedade. Nesse sentido, a Rede estimulara seus associados a debaterem a questão, apresentando as respectivas contribuições. A partir de um trabalho de sistematização, produziu o documento "Contribuição para as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área da Saúde", publicado na *Revista Olho Mágico* (1998) e encaminhado à SESu/MEC. Paralelamente às diretrizes específicas, o texto formulava as competências comuns aos profissionais da saúde.

A proposta elaborada pela Cinaem incluía as competências profissionais desejadas e apontava o caminho que a escola deveria trilhar no processo de formação dos futuros médicos, sustentado por um novo perfil docente e um moderno sistema de gestão de cursos e

avaliação. Para essa entidade, o ensino da prática médica tinha como base o processo saúde-doença e as necessidades tanto individuais e coletivas referidas pelo usuário quanto aquelas identificadas pelos profissionais de saúde.

O colegiado de diretores de escolas médicas da ABEM, de posse do documento da Cinaem, ampliou-o na relação das competências profissionais; na pormenorização dos conteúdos essenciais, não expressos obrigatoriamente em disciplinas isoladas, mas relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, e também incorporados à realidade epidemiológica, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Medicina; e na estrutura curricular, que deveria propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início do curso. Desse modo, possibilitar-se-ia ao aluno lidar com problemas reais, assumir responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia – que se consolidaria na graduação, com o internato –, e também vincular a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde.

O documento final da Comissão de Especialistas da SESu mostrou várias incoerências em relação ao edital nº 4/97, não tendo contemplado devidamente as três propostas anteriores, que eram complementares sob alguns aspectos - mas não antagônicas - e incorporavam posturas modernas.

A diretoria da ABEM, articulada com a Rede Unida, a Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde – na época, claramente interessada na questão da formação de recursos humanos para o SUS – e a OPAS, negociou com a Diretoria de Políticas da SESu/MEC um prazo adicional para a apresentação de uma proposta única.

A compatibilização entre os conteúdos foi realizada durante uma oficina que reuniu a ABEM, a Cinaem e a Rede Unida com representantes da Comissão de Especialistas; o texto final foi encaminhado no dia 2 de outubro de 2000 à SESu, que o reencaminhou à Câmara

de Ensino Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação. Com pequenas alterações, dele se originou o parecer nº 1.133/01, aprovado no plenário do Conselho Nacional de Educação e posteriormente publicado no *Diário Oficial da União* em 3 de outubro de 2001.

A transformação do ensino médico, até então estimulada por movimentos da sociedade civil, passou a ser uma obrigação legal. Obrigação de alcançar a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do profissional médico, desenvolvendo-se, entre outras, as seguintes competências:

a. Promover a saúde integral do ser humano e atuar, de acordo com princípios éticos, no processo saúde-doença, com medidas de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, demonstrando senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.
b. Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase no primário e no secundário; diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios sua prevalência e potencial mórbido, bem como a eficácia da ação médica.
c. Reconhecer suas limitações e encaminhar, de modo apropriado, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance de sua formação geral.
d. Otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos os seus aspectos.
e. Exercer a Medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas.
f. Utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, que sejam contemporâneos e hierarquizados, para a atenção integral à saúde.
g. Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como o conjunto articulado

> e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Paralelamente aos desafios já mencionados no início deste texto, temos agora posto o desafio de formar um profissional imbuído de uma prática ampliada com atuação "orientada por uma visão mais integrada, intersetorial, visando ampliar a estratégia de promoção, e pautada pela perspectiva da responsabilidade sanitária como elemento norteador das práticas em saúde" (Oliveira & Koifman, 2004). De imediato, podemos dizer que cumpre saber ensinar, auxiliar e orientar a construção de competências profissionais como as anteriormente referidas; para desenvolvê-las precisamos promover a integração do processo de ensino com o de produção de saúde em todos os níveis de atenção.

Isto significa deslocar de cima para baixo o atual modelo de formação médica, reproduzindo-se a afirmação de Donald Shön, ao referir-se à relação entre prática competente e prática profissional. Para esse autor, a prática competente – na concepção atual – é mais que a prática profissional advinda exclusivamente do conhecimento sistemático, de preferência científico, tendo perdido o referencial artístico, pelo qual se aprende fazendo (Schön, 2000).

O Comitê de Revisão de Qualidade Educacional da Austrália, citado por Santana e colaboradores (Santana *et al.*, [s.d.]), define competência como a "capacidade de aplicar adequadamente conhecimento e habilidades para alcançar um determinado resultado em um contexto concreto". Existem inúmeras outras definições, mais complexas, mas o importante é reconhecer que "ser competente para" exige mais que "saber sobre": ser competente é saber sobre (domínio cognitivo), saber fazer (domínio psicomotor) e saber ser (domínio afetivo). O ensino de competências compreende a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, orientadas para a autonomia, e o estabelecimento de uma relação de organicidade com o contexto da sociedade a que se

aplica, conforme as proposições de Paulo Freire e outros educadores. Requer também o concurso de múltiplos saberes – saberes das disciplinas acadêmicas, saberes dos profissionais de serviço e saberes do indivíduo e da comunidade. Nesse processo de ensino-aprendizagem, mestre e aluno aprendem e produzem conhecimento novo.

A introdução isolada de alguns dos componentes desse conjunto, tais como a prática extramuros, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a interdisciplinaridade e a produção de conhecimento, correlaciona-se com *inovações* no ensino médico; a vigência do *conjunto* significa construir competências, significa mudança paradigmática.

Várias escolas médicas têm-se mobilizado na direção da transformação. Predominam, ainda, as inovações mais voltadas para as novas metodologias e menos para a articulação com os serviços, como mostram os recentes resultados do projeto "Avaliação das Tendências de Mudanças das Escolas Médicas Brasileiras", conduzido pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM, [s.d.]), e dos projetos contemplados pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (Brasil, 2005).

A consolidação das DCN pressupõe que a escola médica avance na reorientação do processo de formação, integrando-se aos serviços de saúde, com o objetivo de formar profissionais aptos a responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. J. de. 1999. *Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Educação Médica.

Andrade, L. O. M. de; Pontes, R. J. S. & Martins Junior, T. 2000. "A Descentralização no Marco da Reforma Sanitária no Brasil". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), pp. 85-91.

AROUCA, Sérgio. 2002. "O Eterno Guru da Reforma Sanitária". *Radis – Comunicação em Saúde: Radis Entrevista* [periódico na Internet]. Out. [citado 27 fev. 2007]. Disponível em: http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/9/0/109-RADIS_ENTREVISTA.doc.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Educação Médica – ABEM. Comissão de Avaliação das Escolas Médicas – CAEM. s.d. *Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras: Projeto.* Brasília (DF), ABEM. Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/caem/projeto.pdf, acesso em 5 fev. 2007.

BRASIL. 1988. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, Brasília (DF). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm, acesso em 15 mar. 2007.

BRASIL. 1995. Presidência da República. "Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências". *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF), 25 nov. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/QUADROS/1995.htm, acesso em 30 mar. 2007.

BRASIL. 1996. Presidência da República. "Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional". *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 23 dez. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/QUADRO/1996.htm, acesso em 30 mar. 2007.

BRASIL. 1997. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. "Edital nº 4/97. Convoca as Instituições de Ensino Superior a Apresentarem Propostas para as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos Superiores". Brasília (DF). Disponível em http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf, acesso em 3 mar. 2007.

BRASIL. 2001. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília (DF). Disponí-

vel em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf, acesso em 12 mar. 2007.

BRASIL. 2005. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde*. Brasília (DF). Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf, acesso em 5 fev. 2007.

CHAVES, M. & ROSA, A. R. 1990. *Educação Médica nas Américas: o Desafio dos Anos 90*. São Paulo, Cortez.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. O. G.; BARBOSA, N. & KHALIL, M. E. s.d. *O Processo de Construção e de Trabalho da Rede Unida*. Londrina, Rede Unida. Disponível em http://www.redeunida.org.br/producao/div_process.asp, acesso em 6 mar. 2007.

FREIRE, P. 2001. *Educação e Atualidade Brasileira*. 2ª ed. São Paulo, Cortez.

OLIVEIRA, G. S. & KOIFMAN, L. 2004. "Integralidade do Currículo de Medicina: Inovar/Transformar, um Desafio para o Processo de Formação". In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B. & ARAÚJO, J. G. C. de (orgs.). *Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*. São Paulo, Hucitec.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. 1978. *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. Disponível em http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf, acesso em 12 mar. 2007.

PAIM, J. S. 1992. "A Reforma Sanitária e a Municipalização". *Revista Saúde e Sociedade*, 2(1), pp. 29-42.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A. & SANTOS, R. C. (orgs.). 2000. *Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira: Projeto Cinaem III Fase – Relatório 1999-2000*. Pelotas, Universidade Federal de Pelotas.

"REDE Unida: Contribuição para as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Área da Saúde". 1998. *Revista Olho Mágico*. Disponível em http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N16/home.htm, acesso em 12 mar. 2007.

SANTANA, J. P. de; CAMPOS, F. E. de & SENA, R. R. de. s.d. *Formação Profissional em Saúde: Desafios para a Universidade*. Brasília (DF), Organização

Pan-Americana da Saúde. Disponível em http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF2114.pdf, acesso em 15 mar. 2007.

Santos, B. de S. 1995. *Pela Mão de Alice*. São Paulo, Cortez.

Schön, D. A. 2000. *Educando o Profissional Reflexivo: um Novo* Design *para o Ensino e a Aprendizagem*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul.

Silva, A. M. dos S. 1999. "A Universidade no Limiar do Século XXI". *Interface Comunicação, Saúde, Educação,* 3(4), pp. 11-26. Disponível em http://www.interface.org.br/revista4/ensaio1.pdf, acesso em 12 mar. 2007.

"The Edinburgh Declaration". 1988. *Revista Médica de Chile*. 116(10), pp. 1075-1076.

Toledo, C. N. de. 1997. *Iseb: Fábrica de Ideologias*. 2ª ed. Campinas, Unicamp.

__________. de. 2005. "50 Anos de Fundação do Iseb". *Jornal da Unicamp*, Campinas, 8-14 ago. Disponível em http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/agosto2005/ju296pag11.html.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. Unesco. 1998. *World Declaration on Higher Education for the Twenty-first Century: Vision and Action and Framework for Priority Action for Change and Development in Higher Education, Adopted by the World Conference on Higher Education*. Paris, 9 out. Disponível em http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=10699&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, acesso em 12 mar. 2007.

3

O Promed e o Pró-Saúde na Unifesp: Contribuições para o Aprimoramento do Projeto Pedagógico

Rosana Fiorini Puccini
e Rosemarie Andreazza

INTRODUÇÃO

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas – Promed – foi criado por determinação dos Ministérios da Saúde e Educação, em 2001, como uma política indutora visando à reorientação da formação do médico com ênfase nas mudanças ocorridas no modelo de atenção à saúde, em especial aquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica à saúde (Brasil, 2002a). A definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde publicadas no ano anterior (Brasil, 2001) teve um papel importante dentre as considerações que fundamentaram essa determinação. As escolas médicas de todo o país apresentaram seus projetos e, em novembro de 2002, dezenove foram aprovados, dentre eles o projeto da Unifesp, o qual se encontra na quarta e última fase.

Com o objetivo de aprimorar esse programa e ampliar a cobertura para outras profissões de saúde, incluindo além dos cursos de Medi-

cina, também, Enfermagem e Odontologia, em 2005, foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde – Pró-Saúde (Brasil, 2005). Da mesma forma que no Promed, foi realizado um processo de seleção pública, por meio de edital e convocatória, publicados no *Diário Oficial da União*. Foram encaminhados 57 projetos de cursos de Medicina, 51 de Odontologia e 77 de Enfermagem e, destes, selecionados 38 de Medicina, 25 de Odontologia e 27 de Enfermagem. Dentre os selecionados estão os projetos Pró-Saúde de Medicina e Enfermagem da Unifesp. Neste capítulo será abordado um breve histórico da articulação ensino/serviços de saúde no país, o desenvolvimento do projeto Promed-Unifesp, sua posterior continuidade com o Pró-Saúde Medicina e integração com o Pró-Saúde Enfermagem da instituição.

A ARTICULAÇÃO UNIVERSIDADE/SERVIÇOS DE SAÚDE: SEMPRE UM DESAFIO

A relação universidade/serviços de saúde, desde a criação das primeiras escolas médicas do final do século XIX, tem se modificado continuadamente. Essas mudanças são decorrentes de inúmeros fatores, mas, sem dúvida, as políticas públicas dessas áreas têm sido determinantes nesse processo. Da assistência prestada predominantemente em hospitais filantrópicos, as escolas médicas passam a implantar serviços próprios nas décadas de 1940 a 1960, ainda que sem uma inserção definida na incipiente rede pública de serviços de saúde. Nesses serviços próprios, o paciente estava submetido às relações de dominação: era indigente e como tal deveria aceitar o que era oferecido, sem direitos civis, políticos e sociais. Com a reforma universitária, em 1968, ocorre uma série de mudanças, dentre elas o incentivo à extensão, que passa a se apresentar na forma de prestação de serviços à comunidade, mantendo a universidade o seu poder de definir o que fazer, como e com que meios.

Esse modelo permanece ainda no início dos anos de 1970, mas vai se transformando à medida que se estabelecem convênios do Ministério da Educação com outros ministérios, em especial com os ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e da Saúde (MS), visando à manutenção conjunta desses serviços prestados pelas universidades.

A crise financeira do sistema de saúde, agravada no início da década de 1980, e o processo de redemocratização do país nesse mesmo período desdobram em propostas de reformulação social em vários setores (Marsiglia, 1995). Na saúde, o movimento da reforma sanitária iniciado nos anos de 1970, o qual representou a intensa articulação de distintos atores e sujeitos da sociedade brasileira na luta pela saúde, além de ações e estratégias como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a municipalização, constituem a base da formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988a), definindo a saúde como direito do cidadão e o dever do Estado no seu provimento em todos os níveis.

É nesse contexto que são elaboradas as propostas de integração docente/assistencial, as quais procuravam avançar em relação às experiências dos projetos de Saúde Materno-Infantil dos anos de 1970, sobretudo no que se refere à restrita participação de departamentos ou grupos de docentes das áreas da pediatria ou medicina preventiva. Documento da Secretaria de Educação Superior do MEC (SESu), de 1981, estabelece o conceito, objetivos, metas e estratégias a serem desenvolvidas, buscando maior envolvimento institucional e avanços para uma atuação da universidade não limitada à atenção básica (Brasil, 1981). Como indução a esse processo, algumas estratégias são desencadeadas pelos ministérios da Saúde e Educação, as quais incluíam incentivos financeiros e apresentavam estímulo às mudanças nos cursos de graduação da área da saúde e a inclusão do hospital universitário no sistema de saúde (Brasil, 1987, 1988b, 1994).

Entretanto, em 1999, uma oficina de trabalho promovida pelo Conselho Nacional de Saúde analisou que os esforços empreendidos

por esses projetos não haviam alcançado os resultados esperados, concluindo que não havia se verificado mudanças significativas no ensino médico (Brasil, 1999). O descompasso entre a formação, sobretudo do médico, e as necessidades do SUS se acentuava à medida que avançava o processo de concretização dos princípios e estratégias do novo sistema avançava – universalização, integralidade, ampliação do acesso e novas atribuições para os diferentes níveis do sistema – e, incorporação do conceito ampliado de saúde, humanização e saúde como direito do cidadão.

Nesse mesmo período e com base nesse acelerado processo de mudanças do sistema de saúde crescia o movimento nacional pela reformulação da educação médica, apoiado em ampla discussão internacional que questionava antigos modelos e estratégias de ensino/aprendizagem. Destaca-se, nesse momento, a forte articulação construída por diferentes entidades vinculadas aos espaços acadêmicos, como também do trabalho e de regulamentação profissional, que resultou na constituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), que congregou os distintos atores envolvidos no processo da formação do médico, com forte protagonismo do movimento dos estudantes.

As DCN (Brasil, 2001) resultaram desse processo de discussão e visam à superação desses problemas intensamente debatidos. São estabelecidas orientações para a elaboração de currículos que devem ser adotadas por todas as instituições de ensino superior e trazem a perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, abandonando a concepção antiga de grades curriculares, com estruturas rígidas.

Em nosso país, apesar de a Constituição Federal atribuir ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, este preceito não havia se traduzido numa prática institucional. A insuficiente articulação entre as definições políticas dos ministérios da Educação e da Saúde corroborava para um distanciamento en-

tre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS. Embora o sistema público constitua significativo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, este não havia promovido impacto no ensino de graduação.

É no bojo desta discussão que, aliada à aprovação das DCN e com o objetivo de fortalecer a política de estímulo às mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde, em 2004, a recém criada Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, lança o programa "AprenderSUS". Essa política visava a "estimular e promover a educação permanente para o SUS e propiciar uma efetiva aproximação entre o sistema de saúde e o sistema formador" (Brasil, 2004).

Em 2006, o Ministério da Educação, por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e da SESu, e o Ministério da Saúde, por meio da SGTES, desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Odontologia e de Medicina às DCN, tomando como base os projetos político-pedagógicos e relatórios de avaliação para fins de reconhecimento e renovação (Brasil, 2006). O estudo incluiu uma análise quantitativa e qualitativa e concluiu que há um esforço da comunidade acadêmica no sentido de se ajustarem às DCN; essa intencionalidade, entretanto, nem sempre estava expressa de forma coerente com a estrutura do currículo. Observou-se, ainda, que os cursos com maior aderência apresentavam, dentre outras características, uma estrutura curricular baseada em conteúdos organizados por módulos ou temas integradores, metodologia ativa de ensino-aprendizagem e inserção do estudante, desde o início do curso, nas atividades relacionadas à prática profissional nos três níveis de atenção à saúde. Constatou-se que o Internato atende às diretrizes curriculares no que se refere à duração mínima e à organização nas cinco áreas básicas, porém, estas não se desenvolvem nos três níveis de atenção à saúde, mesmo nas escolas desse grupo com maior

aderência às DCN. O relatório deste estudo ressalta a importância das DCN como política pública estratégica para "efetiva mudança de qualidade e contemporaneidade da formação médica e real integração com o Sistema Único de Saúde" e, dentre suas propostas, aponta o fortalecimento do Pró-Saúde.

Entre 2004 e 2005, o Ministério da Saúde promove uma pesquisa com o objetivo de identificar e compartilhar o potencial inovador de dez experiências de distintas instituições de ensino, que apresentavam como eixo no processo de ensino-aprendizagem a integralidade e que buscavam uma aproximação entre o mundo da formação e do trabalho, denominada "Ensinar SUS" (Pinheiro, Ceccim & Mattos, 2006). Entre resultados encontrados, relacionados à tríade educação-trabalho-cidadania, destacam-se os seguintes pontos:

> [...] as experiências se mostraram positivas não só para a formação dos estudantes, mas para a qualidade do cuidado prestado [...]. Existe a possibilidade de o estudante construir um olhar mais amplo sobre os usuários e as necessidades de saúde [...] e [...]. Identificamos nas análises de todas as experiências, que somente com o tempo o estudante consolida sua relação com o usuário, desenvolvendo um compromisso como mesmos. A vivência permite que o estudante perceba o usuário dentro de uma família e de uma população influenciado por uma cultura, condição financeira [...], e estabeleça uma relação pessoal e humana com o mesmo [...] (Pontes, Silva Junior & Pinheiro, 2006).

Estas constatações apontam que os processos de inovação e transformações curriculares têm caminhado, ao longo destes anos, não só na busca do cumprimento das DCN e da aproximação do SUS, como o principal cenário de ensino-aprendizagem e de trabalho dos profissionais de saúde, mas principalmente na direção da construção de um compromisso ético-político de afirmação da vida das pessoas atendidas cotidianamente na rede de serviços de saúde constituintes do SUS.

O PROMED UNIFESP – PERÍODO 2003-2006

No ano de 2001, a Unifesp encontrava-se em processo de avaliação do Currículo Nuclear implantado em 1997 e reafirmava-se o Currículo Nuclear como um caminho acertado na reformulação do projeto pedagógico do curso. Com base nessa avaliação, algumas necessidades para aprimoramento do currículo haviam sido identificadas, destacando-se: a integração entre disciplinas dos módulos e entre os módulos, diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, a ampliação das atividades práticas nas primeiras séries, a integração entre as áreas biológicas e clínicas, aprimoramento dos processos de avaliação, incluindo habilidades e atitudes.

Assim, a elaboração do projeto Promed-Unifesp constituiu grande reforço para as mudanças que estavam em curso na instituição. O processo de discussão do projeto foi amplo e aprovado em todas as instâncias da instituição, com expressivo envolvimento dos docentes e discentes. As ações foram planejadas para serem desenvolvidas em dois distritos de saúde do município de São Paulo (Sacomã e Vila Maria), incluídos em convênio firmado em 2001 entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e no Embu, onde se desenvolvia um programa de integração docente-assistencial desde a década de 1970, o qual também já contava com convênio formal, renovado periodicamente.

Atividades de ensino, assistência e pesquisa eram desenvolvidas nos serviços de saúde de um desses distritos de São Paulo (Sacomã), desde a década de 1980, ainda que tenham ocorrido algumas descontinuidades decorrentes de mudanças das políticas de saúde. Devido à reestruturação administrativa e alteração na regionalização do município de São Paulo durante o período de aplicação do Promed e, mais recentemente, do Pró-Saúde, tornaram-se necessárias a discussão e a elaboração de um novo convênio, que foi discutido durante todo ano de 2007. A ausência de um instrumento jurídico-legal junto à

Secretaria de Saúde durante todo esse período foi um fator que dificultou a condução dos projetos Promed e Pró-Saúde na Unifesp em São Paulo.

A seguir, estão descritas as atividades previstas (http://www.promed.unifesp.br) e desenvolvidas pelo Promed-Unifesp segundo os três eixos (Unifesp, 2007), de acordo com o proposto pelo programa (Brasil, 2002a): 1. orientação teórica, 2. projeto pedagógico e 3. cenários de práticas.

Orientação Teórica

Este eixo (Brasil, 2002b), comportava dois vetores: produção de conhecimento e educação permanente. Os projetos das escolas médicas deveriam promover estudos clínico-epidemiológicos, ancorados em evidências capazes de possibilitar a avaliação crítica e redirecionar protocolos e intervenções, incluindo componentes gerenciais do SUS. Previa, ainda, que a lógica de oferta de especialização deveria considerar as necessidades epidemiológicas e sociais, com ênfase para a atenção básica em saúde, incentivando a incorporação de modalidades de educação à distância, oferta de vagas em cursos de pós-graduação em áreas estratégicas ou carentes de profissionais qualificados para o SUS.

Intervenções propostas pelo Promed-Unifesp

Uma primeira proposta foi a criação do Núcleo de Pesquisa e Educação Permanente em Saúde – articulação entre representantes dos serviços de saúde e Unifesp visando ao desenvolvimento conjunto de pesquisas direcionadas preferencialmente para questões e problemas apontados pelos serviços, bem como para a organização de cursos voltados aos profissionais de saúde. Esse núcleo incluía representantes das pró-reitorias de graduação, extensão, pesquisa e pós-graduação e docentes das comissões dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia, Tecnologia Oftálmica e Biomedicina. A inclusão de re-

presentantes de outros cursos, além da Medicina, tomou como base experiências anteriores de trabalho conjunto e da concepção de que este projeto deveria contribuir para uma atuação interdisciplinar e multiprofissional. A parceria entre profissionais dos serviços de saúde e universidade no desenvolvimento de projetos de pesquisa foi considerada como parte do processo de educação permanente, pois introduz o método científico como importante elemento na identificação e resolução de problemas nos serviços. Na elaboração dessa proposta foram consideradas as críticas relacionadas ao uso do serviço para pesquisas e ensino sem envolvimento dos recursos humanos locais, muitas vezes sem devolutiva de resultados, e experiências bem sucedidas que buscaram estabelecer essa articulação dos serviços e da academia (Secretaria da Saúde, 1991).

Estavam previstas, ainda, a criação de comissões de ensino e pesquisa nas regionais da Secretaria da Saúde de São Paulo e no Embu, e acesso aos programas de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* da Unifesp para os profissionais dos serviços. A discussão e organização das demandas decorrentes da atuação mais direta nos serviços de saúde, em geral mais específicas e localizadas, seriam também atribuições do Núcleo.

Intervenções realizadas

Oficina sobre pesquisa e educação permanente e o processo de articulação ensino/serviços de saúde (outubro de 2003) com participação de aproximadamente oitenta pessoas entre docentes da Unifesp, gestores e profissionais dos serviços de saúde, da qual resultou a criação do Núcleo Promed de Pesquisa e Educação Permanente em Saúde, constituído por representantes dos serviços e da universidade e definição de um plano de atividades. A partir de sua criação, o núcleo realizou reuniões num intervalo de dois a quatro meses desde 2003 até 2005, as quais resultaram na programação de atividades como seminários e cursos. Com a aprovação do Pró-Saúde houve uma modificação no

organograma da comissão de acompanhamento do projeto, que será descrito posteriormente.

Os seminários e oficinas visaram ao reconhecimento dos territórios por todos os seus membros (população, indicadores de saúde, equipamentos, serviços existentes), discussão sobre principais problemas de saúde e possibilidades de desenvolvimento de projetos de pesquisa. Destaca-se dentre essas atividades o seminário "Produção de Conhecimento na Perspectiva do SUS" realizado em abril de 2004. Deste seminário participaram professores da Faculdade de Saúde Pública da USP e do Instituto de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde que puderam discutir e apresentar suas experiências de pesquisa e parceria junto aos serviços de saúde. Contou com a participação de diretores das unidades básicas de saúde, gestores dos municípios (São Paulo e Embu) e coordenadores de programas de pós-graduação da Unifesp das áreas da Saúde Coletiva, Pediatria, Psiquiatria, Enfermagem e Fonoaudiologia. Participaram cerca de oitenta pessoas entre profissionais dos serviços e professores da universidade.

Em resposta às demandas mais específicas e localizadas, foram realizados alguns cursos de forma a complementar a atuação dos pólos de educação permanente, os quais estabeleciam programações de caráter mais regional. Participaram dos cursos organizados pelo Núcleo Promed cerca de 250 profissionais. Temas abordados: violência contra criança; atuação do enfermeiro em atividades de aproximação do estudante de graduação das profissões de saúde; suporte avançado de vida em cardiologia para profissionais de serviços de emergência; suporte básico de vida para motoristas de ambulância e introdução à metodologia científica e elaboração de projetos de pesquisa.

Os cursos de metodologia e projetos de pesquisa previam a elaboração (preferencialmente em grupo) de projetos que pudessem efetivamente contribuir para os serviços, os quais deveriam ser apresentados no final do curso. Esses projetos foram apresentados pelos participantes dos cursos e, posteriormente, aprimorados e finalizados em

parceria com pesquisadores da Unifesp. Para incentivo dos profissionais, definiu-se pelo financiamento de dois projetos de pesquisa, cujos resultados foram apresentados no seminário de pesquisa realizado em junho de 2006. Neste seminário foram também apresentados outros seis projetos elaborados, sendo que dois destes passaram a compor um projeto financiado pelo CNPq que aborda a utilização de instrumentos para o monitoramento da atenção básica em saúde (2006-2007). Ainda como parte desse eixo, foi realizada, a compra de material didático para os serviços de saúde e apoio aos profissionais e professores para participação em congressos da Rede Unida/2004 e 2005.

Mudanças observadas – limites e possibilidades

Em relação a esse eixo, considerou-se que os objetivos foram parcialmente atingidos. A criação do Núcleo Promed de Pesquisa e Educação Permanente em Saúde foi fundamental como espaço de articulação universidade/serviços de saúde para o planejamento das atividades de ensino, de cursos e das pesquisas de forma participativa. Garantiu, também, uma relação institucional com os níveis dos serviços que estão diretamente ligados às atividades, com maior confiança, envolvimento e compartilhamento na solução de problemas.

A realização de cursos para atendimento de demandas mais pontuais e localizadas constituem prática já incorporada de relação entre universidade e serviços de saúde. Embora esses cursos possam exercer um papel importante frente a alguma questão ou tema a ser tratado – atualização, normalização de condutas, definição de protocolos – tendem a ser limitados no que se refere à mudança das práticas dos profissionais, quando constituírem uma atividade isolada, sem continuidade. O grande desafio é estabelecer um processo real de educação permanente com uma programação/agenda contínua, definida em conjunto pelos gestores e profissionais de saúde que inclua distintas estratégias pedagógicas que permitam a reflexão sobre o próprio trabalho a transformação das práticas tanto do cuidado quanto de

gestão, incluído desde aulas, discussões de casos clínicos e apresentação dos próprios profissionais. Os processos de educação permanente poderão, então, entre outras mudanças e inovações, propiciar o envolvimento dos profissionais na definição dos protocolos clínicos e nos processos de avaliação dos serviços (Haddad, 1994).

Outro ponto importante é a abertura das sessões clínicas e de serviços universitários para os profissionais, este último visando ao treinamento prático para o desenvolvimento de um determinado procedimento ou intervenção a ser implementada, os quais requerem acompanhamento e avaliação com base em objetivos e metas pré-estabelecidas. O profissional da área clínica deve ser envolvido em todas as fases de implantação e acompanhamento para que haja aprendizado, compromisso, responsabilidade pelos resultados. Esse tipo de trabalho junto aos profissionais tem avançado pouco e uma das grandes dificuldades é a não fixação dos profissionais nesses serviços e a disponibilidade e envolvimento mais permanente da universidade com os serviços de saúde.

A elaboração dos projetos de pesquisa pelos profissionais que participaram dos cursos e sua execução foram considerados como resultados altamente positivos. Esta atividade pode proporcionar crescimento importante dos profissionais, que adquirem mais autonomia e incorporação da metodologia científica na resolução de problemas, crítica na leitura de artigos e interpretação de resultados e de relatórios dos próprios serviços. De outro lado, para os pesquisadores, discutir cada passo do projeto, com base na realidade, é um exercício pedagógico e representa um grande ganho – incorporam-se novos conhecimentos, surgem novas perguntas e, certamente, é uma prática transformadora para sua atuação como pesquisador e como docente da graduação.

Uma limitação, já identificada, foi o não envolvimento efetivo das Pró-Reitorias de Pesquisa e Pós-Graduação e de Extensão. Embora o Núcleo contasse com representantes dessas pró-reitorias, na prática, a

identificação de docentes para os cursos e para as pesquisas foi de caráter individual. Os departamentos aos quais esses docentes pertenciam não foram engajados nesse processo, não cumprindo, portanto, um papel importante de envolver a instituição na educação permanente e na pesquisa. Também não contribuiu para reorientação teórica, já que essa atuação é dissociada da definição dos conteúdos das unidades curriculares. Na condução mais recente das atividades do Núcleo, e já com base nessa experiência anterior, foram realizados contatos junto a essas pró-reitorias no sentido de estabelecer um fluxo, possivelmente mais trabalhoso, mais prolongado, porém que favoreça o envolvimento dos docentes institucionalmente.

Em relação às comissões de ensino, no Embu a própria equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, devido ao seu porte, tem articulado essas ações junto ao município e à Unifesp. Em São Paulo, mais recentemente, essa comissões foram estruturadas nas coordenadorias de saúde, favorecendo a articulação entre as instituições.

Abordagem Pedagógica

Este eixo (Brasil, 2002b) também comportava dois vetores: a mudança pedagógica e a integração entre ciclo das ciências biológicas e ciclo profissional. No primeiro vetor propunha-se a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que apresentem desafios a serem superados pelos estudantes, possibilitando que estes ocupem o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo. Considerando-se a velocidade vertiginosa com que se produzem e são colocados à disposição conhecimentos e tecnologias no mundo atual, um dos objetivos fundamentais da aprendizagem no curso de graduação é aprender a aprender. Um outro conceito-chave de um modelo pedagógico inovador é aprender fazendo, assumindo que o aprendizado acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação. O

segundo vetor propunha a integração entre as ciências biológicas e o ciclo clínico, organizando-se módulos interdisciplinares, compostos por problemas relevantes e prevalentes.

Intervenções propostas pelo Promed-Unifesp

O curso de Medicina da Unifesp já estava estruturado em unidades curriculares modulares, entretanto, havia a necessidade de aprimorá-las, avançar na integração básico-clínico e desenvolver o eixo de aproximação progressiva à prática médica. A implementação desse eixo ocorreu com a criação de cinco novos módulos nas 1ª e 2ª séries e aprimoramento de outras quatro unidades curriculares, que passaram a atuar em unidades básicas e/ou ampliaram suas atividades nesses serviços: Observação da prática médica, Introdução às técnicas básicas nos cuidados de saúde, Saúde coletiva, Educação e comunicação na prática do médico, Suporte básico de vida, Primeiros socorros, Atendimento pré-hospitalar ao trauma, Psicologia médica I e II e Semiologia integrada por ciclos de vida. Todas essas unidades curriculares estão descritas detalhadamente nos capítulos correspondentes.

Intervenções realizadas

Para se atingir os objetivos propostos, foram realizados, no período de julho de 2003 a junho de 2007, dezesseis seminários e oficinas que contaram com a participação de profissionais dos serviços, estudantes e professores – aproximadamente quarenta a oitenta pessoas em cada um desses eventos. Os temas abordados incluíram: integralidade na atenção à saúde; metodologias de ensino-aprendizagem; avaliação de desempenho, contando com a participação de profissionais do Ministério da Saúde e da Educação e professores de outras escolas médicas. Devido à abrangência de alguns temas, esses encontros envolveram professores e coordenadores dos demais cursos da área da Saúde, buscando fomentar a discussão sobre as diretrizes curriculares e a inserção do estudante no SUS.

Ainda em 2005, foi realizada uma oficina com os servidores da área administrativa da instituição, pois verificava-se que estes apresentavam dificuldades para compreender a nova estrutura do currículo, sua organização por conteúdos (não mais por disciplinas), a avaliação mais complexa e a participação de professores de diferentes disciplinas e departamentos.

Todo esse processo de mudança e discussão em relação à graduação culminou na discussão sobre o ensino de saúde coletiva. A partir de 2006, inicia-se uma assessoria externa junto ao Departamento de Medicina Preventiva, deste processo resulta um novo projeto pedagógico desta área, o qual deverá se desenvolver do primeiro ano até o Internato (5ª série). Esse novo projeto estabelece uma continuidade, crescente responsabilização, ampliação das atividades em unidades básicas de saúde, vinculação dos estudantes por serviço e equipe de saúde, articulação com áreas clínicas, além de mudanças nos processos avaliativos.

Mudanças observadas – limites e possibilidades

A estrutura e as divisões rígidas entre o ciclo básico e profissional foi definitivamente rompida. Nos quadros 1 e 2 encontram-se as mudanças de cargas horárias relacionadas às práticas em serviços de saúde e na atenção básica, respectivamente. Houve uma significativa implementação do eixo Aproximação à prática médica nas 1ª e 2ª séries. Vale ressaltar que, além da importância dessas atividades para os alunos, as características multidisciplinares e interdepartamentais desses módulos resultaram num processo de aproximação entre os docentes e desdobramentos para o aprimoramento dos demais módulos que não estavam prioritariamente sendo reformulados, pois favoreceu a compreensão dos docentes quanto à importância das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, do desenvolvimento de atividades práticas visando à maior significação de seu aprendizado e, sobretudo, em relação às importantes mudanças ocorridas no país: a saúde como direito, a atual estrutura do sistema de saúde, suas prioridades, transição epidemiológica.

QUADRO 1. Atividades Práticas (carga horária/aluno) em serviços de saúde (SS) e laboratórios de habilidades (LH) por série do curso de Medicina da Unifesp, nas 1ª e 2ª séries (2002-2007)

Série/ Unidade Curricular	*Até 2002*		*2003-2006 (Promed)*		*2007 (Promed/ Pró-saúde)*	
	SS	LH	SS	LH	SS	LH
1ª SÉRIE						
Obs. prát. médicas	-	-	16	-	16	-
Saúde coletiva – políticas	32	-	32	-	48	-
Técnicas básicas	8	8	16	8	20	16
Suporte básico de vida	-	-	-	16	-	16
2ª SÉRIE						
Ed. comunicação	-	-	16	-	16	-
Atend. pré-hospitalar trauma	-	-	-	8	-	8

Nas 3ª e 4ª séries do curso, alguns módulos ainda apresentam excessiva carga teórica e o aprimoramento da avaliação dos alunos, incluindo a formativa e de habilidades e atitudes, têm avançado mais lentamente. Nessas duas séries os estudantes estão divididos em pequenos grupos e há, portanto, muitas possibilidades a serem implementadas, sobretudo no que se refere às atividades práticas e às metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Essas mudanças, entretanto, requerem envolvimento e capacitação do docente, portanto, um caminho mais longo a ser trilhado (Batista & Souza Silva, 1998; Batista & Ribeiro, 1999; Costa, 2007).

No Internato, a ampliação de atividades práticas em unidades básicas de saúde, incluindo as grandes áreas clínicas, constitui processo mais difícil. A reformulação do ensino da saúde coletiva, iniciada em 2007, poderá favorecer mudanças nessa direção. A prova de avaliação de habilidades e atitudes, instituída em 2006 e aplicada no final da

5ª série (primeiro ano do Internato), contou com o envolvimento de expressivo número de docentes de diferentes disciplinas e departamentos e seus resultados desdobraram em discussões e reflexões em relação às competências e aos cenários de ensino-aprendizagem atualmente utilizados, constituindo, portanto, um elemento facilitador nesse processo.

Cenários de Práticas

Este eixo (Brasil, 2002b) estava composto por dois vetores: atividades práticas em serviços de diferentes níveis de complexidade do SUS e abertura das unidades universitárias para o sistema. As simulações da prática médica futura apontam para a perspectiva da progressiva desospitalização; portanto, os cenários de ensino devem ser diversificados, propondo-se uma interação ativa do estudante com a população e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao estudante a possibilidade de trabalhar sobre problemas, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de competência e autonomia. Um segundo vetor estabelecia, ainda, a necessidade de que os serviços próprios assumissem um papel definido e de maior complexidade, como referência e contra-referência para o SUS.

Intervenções propostas pelo Promed-Unifesp

Na elaboração do Promed-Unifesp, considerou-se que os serviços universitários, em São Paulo, já têm seu papel definido, há regionalização estabelecida e o HSP (hospital universitário da Unifesp) é um dos cinco serviços universitários, de alta complexidade da região metropolitana de São Paulo. Assim, as ações do Promed-Unifesp foram centradas na ampliação dos serviços de atenção básica e secundária a serem utilizados e adequação dos que já faziam parte das atividades, além de definir instrumento jurídico-legal onde este não existia. Den-

tre esses serviços de saúde já existentes, está o Hospital Vereador José Storopolli (Vila Maria), hospital geral no qual são desenvolvidas cerca de 30% das atividades práticas do Internato.

Intervenções realizadas

Para se atingir esse objetivo, além do processo interno à instituição e dos vários momentos integradores entre a universidade e os serviços de saúde, foram destinados recursos para uma maior adequação relacionada ao material permanente, de consumo e didático nesses serviços.

Mudanças observadas – limites e possibilidades

Houve efetivamente uma ampliação das atividades práticas nas unidades básicas de saúde (quadro 2) e maior articulação com os profissionais dos serviços, processo favorecido por inúmeros momentos de aproximação, reuniões e atividades do Núcleo de Pesquisa e Educação Permanente, cursos, seminários de avaliação das atividades e desenvolvimento de projetos. A vinculação do estudante nas unidades básicas de saúde e a continuidade de sua atuação no decorrer do curso ainda não ocorreram de forma efetiva, dificultando sua inserção com crescente responsabilização. Este quadro tende a se modificar com a reformulação que se iniciou a partir de 2007.

Com relação ao Internato, deve-se ressaltar que desde 1994 os estágios de clínica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, ortopedia e pediatria são desenvolvidos no Hospital Vila Maria (hospital geral da prefeitura de São Paulo), sob supervisão de docentes e profissionais desse serviço. Este tem sido considerado um dos pontos positivos do Internato da Unifesp, antecipando-se à atual proposta de ampliação dos cenários de ensino aprendizagem.

QUADRO II. Atividades práticas (carga horária/aluno) em unidades básicas de saúde (UBS) e Hospital Geral (HG), segundo a série do curso de Medicina (2002-2007)

Série/Unidade Curricular	*Até 2002*		*2003-2006 (Promed)*		*2007 (Promed/ Pró-saúde)*	
	UBS	HG	UBS	HG	UBS	HG
1ª SÉRIE						
Obs. prát. médicas	-	-	4	4	4	4
Saúde coletiva – políticas	32	-	32	-	48	-
Introdução técnicas básicas	-	-	8	8	20	-
2ª SÉRIE						
Ed. comunicação	-	-	16	-	-	-
4ª SÉRIE						
Atenção integral à saúde	80	-	80	-	80	-
5ª SÉRIE						
Med. preventiva	80	-	80	-	80	-
Pediatria	56	-	56	-	56	-
Gineco-obstetrícia	-	160	-	160	-	160
6ª SÉRIE						
Clínica	-	160	-	160	-	160
Cirurgia	-	105	-	105	-	105
Ortopedia	-	70	-	70	-	70
Pediatria	-	280	-	280	-	280

Alguns fatores e especificidades da Unifesp e dos serviços de saúde de uma região metropolitana como São Paulo precisam ser destacados para compreensão da complexidade desse processo. A Unifesp apresenta consolidada atuação na pós-graduação (cerca de 2500 alunos *stricto sensu*), encontra-se em franca expansão (de cinco cursos de graduação até 2005, encontra-se hoje com dezenove cursos em três áreas – Humanas, Exatas e Saúde) e, paradoxalmente, enfrenta defasagem

salarial, estagnação de contratações para recomposição de seu quadro de recursos humanos, incluindo os profissionais de apoio.

Em relação aos serviços de saúde, merecem destaque as mudanças no município de São Paulo nesse período e sua tardia adesão ao SUS (2001). Outras questões são comuns a outras instituições e serviços – as deficiências históricas de estrutura e recursos humanos, sobretudo na atenção básica, não favorecem o desenvolvimento das atividades. A Constituição garante o direito à saúde e há, portanto, uma mudança na concepção da qualidade dos serviços públicos a serem oferecidos, o que inclui adequadas condições de área física (para pessoas e profissionais), recursos humanos e equipamentos. Soma-se a isso a questão do ensino – os estudantes requerem mais espaço (consultórios) com baixa produtividade (e não poderia ser diferente) e são insuficientes os recursos para uma adequação/ampliação condizente com essa necessidade adicional. Iniciativas que possam contribuir para o enfrentamento destas questões certamente poderão modificar e qualificar as atividades de ensino/assistência desenvolvidas.

O PRÓ-SAÚDE UNIFESP

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (Brasil, 2005) – foi criado assumindo os mesmos pressupostos do Promed, com destaque ao que estabelece a Constituição Federal (Brasil, 1988), em relação à competência do SUS na ordenação da formação dos profissionais de saúde, e a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a qual define que uma política para os trabalhadores da saúde deverá ter como objetivo organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento (Brasil, 1990).

Os princípios constitucionais, os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde, exigem novos perfis profissio-

nais e o comprometimento das instituições de ensino por meio do cumprimento de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas nos perfis epidemiológico e demográfico da população. Reconhecer a conexão entre a esfera do trabalho e da educação implica na ampliação do conceito de saúde, reconhecendo suas interfaces com outras áreas do saber. A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipe raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação, o que se reproduz nas equipes de saúde nos serviços, resultando em isolada e limitada ação de cada profissional. Com o objetivo de buscar a superação desses obstáculos, o Pró-Saúde passa a incluir os cursos de Enfermagem e de Odontologia, além do curso de Medicina, e nessa ação conjunta – Ministérios da Educação e da Saúde –, considerou-se que não é possível esperar uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. Por isso, o desempenho do papel indutor do Pró-Saúde é extremamente importante, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança e facilitar a consecução dos objetivos propostos, em busca de uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade (Brasil, 2007).

Na elaboração do Pró-Saúde as experiências das dezenove escolas médicas com o Promed foram consideradas, buscando-se superar aspectos negativos (Ferreira, 2006). Destacam-se alguns deles e que devem ser corrigidos no Pró-Saúde: a interpretação do eixo de orientação teórica, limitada à ampliação de pesquisas na área da atenção básica, não se avançando quanto aos determinantes de saúde e à promoção da saúde como elementos importantes para definição de conteúdos curriculares; a integração docente-assistencial restrita a pequenas áreas, muitas delas próximas à universidade; abordagem pedagógica restrita à utilização do ensino baseado em problemas. Assim, no Pró-Saúde foram redefinidos os três eixos (orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica) e houve uma ampliação dos vetores de tal forma a melhor explicitar o alcance das mudanças. Os novos vetores incluídos foram: os determinantes de saúde e doença, a inte-

gração docente-assistencial e a análise crítica da atenção básica (Brasil, 2005). Foi dada maior ênfase na aplicação dos recursos nos serviços de saúde com o objetivo de estabelecer melhores condições de trabalho na rede pública, sobretudo na atenção básica. A priorização da aplicação de recursos nos serviços pôde ser evidenciada também com o reforço de recursos financeiros encaminhados diretamente para os municípios que estabeleçam convênios com as instituições que tiveram seus projetos aprovados (Brasil, 2006).

O período para elaboração dos projetos Pró-Saúde foi reduzido e não permitiu um processo amplo como no Promed. Na Unifesp, foi elaborado pelo Conselho Gestor do Promed e comissões dos cursos de Medicina e Enfermagem. Suas diretrizes gerais, que reforçavam o processo de mudanças em curso, foram aprovadas no Conselho de Graduação. A seguir, estão apresentadas as propostas do Pró-Saúde Medicina Unifesp e as ações/intervenções propostas e realizadas.

O Novo Organograma: A Comissão de Acompanhamento Local

Com a aprovação do Pró-Saúde Medicina e Enfermagem da Unifesp, decidiu-se pelo desenvolvimento de um trabalho conjunto, que já vinha ocorrendo, sobretudo nas atividades de pesquisa e educação permanente do Promed. Foi reformulado o organograma anterior buscando ampliar a participação dos representantes dos serviços de saúde no Conselho Gestor e redefinir o papel do Núcleo de Pesquisa e Educação Permanente. Considerou-se necessária a criação de um Núcleo de Articulação Universidade-Serviços de Saúde para o município de São Paulo, pois há questões do cotidiano (número de alunos, capacidade das unidades, área física e recursos humanos, horários, necessidades das unidades para adequação, atividades desenvolvidas) que exigiam um espaço para discussão. Em relação ao Embu já havia uma comissão constituída que tratava destas questões (Comissão do Pida-Embu). A experiência com o Promed apontou para a necessi-

dade de institucionalização das atividades de educação permanente e pesquisa e para a criação de dois grupos – Educação Permanente e Pesquisa – articulados ao Conselho Gestor (posteriormente denominada Comissão de Acompanhamento Local) e às respectivas pró-reitorias – Extensão e Pesquisa e Pós-Graduação.

No segundo semestre de 2006, a coordenação do Pró-Saúde do Ministério da Saúde propôs a constituição de uma comissão de acompanhamento local, a qual se assemelhava ao Conselho Gestor já estruturado na Unifesp. Seguindo a orientação proposta, foram incluídos representantes dos estudantes e da comunidade (indicados pelos conselhos municipais de saúde). Assim, no novo organograma passou-se a trabalhar com a comissão de acompanhamento local, núcleo de educação permanente, núcleo de pesquisa em saúde, núcleo de articulação ensino-serviços de saúde/coordenadoria Sudeste – município de São Paulo e comissão do Pida-Embu. Manteve-se a participação dos demais cursos da instituição – Fonoaudiologia, Tecnologia Oftálmica e Biomedicina – em todas as comissões. O projeto encaminhado em dezembro de 2005 buscava essencialmente avançar nas propostas estabelecidas pelo Promed, adequar o projeto às novas orientações do programa e corrigir o que já havia sido identificado como limitação pela experiência anterior. A visita dos assessores do Ministério da Saúde (setembro de 2006), o seminário realizado em novembro de 2006 ("A Construção do Pró-Saúde dos Cursos de Medicina e Enfermagem da Unifesp"), a auto-avaliação (janeiro de 2007) permitiram um salto de qualidade no trabalho que vinha sendo desenvolvido. Deve-se destacar nesse processo a contribuição das ações do próprio Ministério da Saúde em relação aos gestores dos serviços de saúde, incluindo o financiamento para a adequação física das unidades de saúde. Como resultado, destacamos as mudanças proporcionadas pelo Pró-Saúde Medicina, segundo os três eixos – orientação teórica, cenários de práticas e orientação pedagógica.

Orientação teórica

A reformulação do ensino da saúde coletiva, iniciada em 2007, já desencadeou mudanças de conteúdos nas unidades curriculares da própria saúde coletiva e na unidade de Introdução às técnicas básicas nos cuidados de saúde. A vinculação do estudante e sua permanência na unidade básica de saúde deverão favorecer a reformulação de outras unidades – educação e comunicação em saúde, psicologia médica, como exemplos. É possível que esse processo contribua também para unidades curriculares das áreas das ciências biológicas, implementando as mudanças que vêm ocorrendo desde a criação do Currículo Nuclear.

Em relação à produção de conhecimento, busca-se dar continuidade ao processo já desencadeado e, fundamentalmente, institucionalizar essa atividade vinculando-a, também, à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Além disso, inicia-se o trabalho de divulgar os resultados dos estudos já concluídos, incluindo esta publicação. Quanto à educação permanente, considera-se fundamental sua institucionalização junto à Pró-Reitoria de Extensão.

Cenários de prática

Na visita realizada em setembro de 2006, os assessores do Ministério da Saúde destacaram um ponto importante referente aos cenário de ensino-aprendizagem – a necessidade de identificar um único território no município de São Paulo e seus respectivos serviços de saúde a serem utilizados pelos dois cursos – Medicina e Enfermagem – de tal forma que fossem criadas as condições para desenvolvimento de atividades conjuntas para os dois cursos. Em relação ao Embu, considerou-se que havia potencial de ampliação das atividades e de integração entre os cursos, uma vez que estes já atuam no município e nas mesmas unidades.

Nesse ponto, houve grande avanço a partir do trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Articulação Universidade-Serviços de Saúde, que resultou na definição do cenário de aprendizagem para os cursos de

Enfermagem, Medicina e Fonoaudiologia. A partir do esforço conjunto dos professores e estudantes desses três cursos, dos técnicos da Coordenação Regional de Saúde-Sudeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CRS-Sudeste/SMS-SP) –, dos supervisores técnicos, que compõem o Núcleo de Articulação Universidade-Serviços de Saúde, foi possível estabelecer o calendário de atividades a serem realizadas em 2007 nessa região. Foram definidos os serviços de saúde dos territórios da supervisão de saúde do Ipiranga/Sacomã e Vila Mariana/Jabaquara como os locais onde ocorrerão as atividades curriculares desses cursos. Essa escolha teve como base não só a histórica atuação da Universidade nessa região, desde a década de 1980 (com alguma descontinuidade), como também a proximidade com o complexo hospitalar da Universidade. Esse último ponto poderá ser importante fator de aperfeiçoamento da necessária integração/articulação dos serviços universitários com a rede de serviços públicos de saúde municipais, na busca de um dos componentes da integralidade do cuidado à saúde, que hoje não se resume à singularidade de um estabelecimento de saúde. Finalizando esse processo, que incluiu visitas às unidades de grupos de professores, alunos, reuniões com conselhos de saúde locais, foram selecionadas catorze unidades básicas de saúde das áreas correspondentes para atuação da Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia. Em relação ao Embu, foram ampliadas as atividades dos alunos da 5ª série, em estágio da Pediatria, visando à inclusão em atendimento multiprofissional e em grupos de orientação.

O Núcleo teve também a atribuição de detalhar o plano de trabalho e os desembolsos a serem efetuados para as unidades básicas, além de representar a Universidade visando à elaboração da proposta de Convênio entre as duas instituições (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo). Essa ação é fundamental e visa ao estabelecimento de um instrumento jurídico-legal que auxilie a articulação entre esses dois entes e que, entre outras coisas, minimize os riscos de descontinuidade desse processo.

Orientação pedagógica

No segundo semestre de 2006 iniciou-se um processo de profunda discussão em relação ao ensino de graduação no Departamento de Medicina Preventiva, incluindo definição de competências e estratégias para alcançá-las. Contando com recursos do Promed Medicina e, mais recentemente do Pró-Saúde, foram realizados seminários e oficinas que permitiram a elaboração de uma proposta cuja implantação teve início em 2007 e já foi citada anteriormente. Em relação às demais unidades curriculares do curso, não diretamente ligadas à atenção básica ou hospital geral, considera-se que há grande potencial para o desenvolvimento de metodologias que permitem uma participação mais ativa do estudante, ampliação de atividades práticas e avaliação formativa. Entretanto, esse processo tem sido desigual entre os módulos e essa integração apresenta avanços e, em alguns momentos, retrocessos. As ações e estratégias previstas incluem um trabalho contínuo de desenvolvimento docente e o apoio à participação em eventos de educação médica.

LIÇÕES APREENDIDAS E PERSPECTIVAS

O processo de discussão para a elaboração do projeto Promed mostrou que a ampliação da discussão pode levar a um maior envolvimento docente e à integração. Está claro que as mudanças são lentas – processo gradual de envolvimento dos docentes, estudantes e dos serviços de saúde – e que os diferentes contextos devem ser considerados, buscando reconhecer fatores facilitadores para implementação das propostas e as dificuldades, para serem superadas. Avanços numa instituição tão complexa como a Unifesp e em serviços de saúde de uma região metropolitana como São Paulo podem trazer muitas repercussões. A recente experiência com a implantação da prova prática para seleção na Residência Médica desde 2004 e no Internato (2006) geraram intensa

discussão nos departamentos de áreas clínicas e questões como competências, objetivos do cursos de graduação e adequação dos cenário de ensino-aprendizagem surgiram e estão determinando mudanças mais rapidamente que outros processos já experimentados. Finalmente, o Promed e o Pró-Saúde foram fundamentais para manter a questão da graduação em permanente discussão, reforçando o acerto quanto ao modelo adotado do currículo nuclear e da necessidade de contínuo aperfeiçoamento. O aprendizado é constante. O currículo é uma direção, com muitos caminhos possíveis: ora se apresentam com obstáculos, ora com facilitadores e, sem dúvida, representa uma construção permanente que conta com muitos colaboradores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, N. & RIBEIRO, E. C. O. 1999. *Projeto Cinaem. Docência Médica Profissionalizada. Relatório de Consultoria*. Rio de Janeiro.

BATISTA, N. & SOUZA DA SILVA, S. H. 1998. *O Professor de Medicina: Conhecimento, Experiência e Formação.* São Paulo, Editora Loyola.

BRASIL. 1981. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. SESU. *Programa de Integração Docente-Assistencial*. Brasília (DF).

BRASIL. 1987. Ministério da Educação. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial nº 15, em 22 de maio de 1987. Dispõe sobre o Índice de Valorização de Desempenho para Hospitais Universitários. Brasília (DF).

BRASIL. 1988a. Constituição Federal: Seção II – Da Saúde. Brasília (DF).

BRASIL. 1988b. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior – SESU. Informação nº 31/88, em 25 de março de 1988b. UNISIS. Brasília (DF).

BRASIL. 1990. Poder Executivo. “Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras Providências”. Brasília (DF).

BRASIL. 1994. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 001/94. Critério de Aplicação do FIDEPS. Brasília (DF).

BRASIL. 1999. Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. II Oficina de Trabalho sobre Inserção dos HUES no SUS. Brasília (DF).

BRASIL. 2001. Ministério da Educação. CNE/CSE 4/2001, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília (DF).

BRASIL. 2002a. Ministério da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 610/GM de 26 de março de 2002. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed. Brasília (DF).

BRASIL. 2002b. Ministérios da Saúde e da Educação. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed. Uma Nova Escola Médica para um Novo Sistema de Saúde. Brasília (DF).

BRASIL. 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política do Ministério da Saúde para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudanças na Graduação em Saúde: AprenderSUS. Brasília (DF).

BRASIL. 2005. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 2101 de 3 de dezembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os Cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília (DF).

BRASIL. 2006. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 48, de 30 de junho de 2006. Publica a Listagem de Municípios que Fazem Jus ao Incentivo Referente ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – e os Respectivos Valores Financeiros, Visando à Estruturação das Unidades de Serviço que Incorporam Atividades de Graduação em Medicina, Enfermagem ou Odontologia. Brasília (DF).

BRASIL. 2006. Ministérios da Educação e da Saúde. A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Brasília (DF).

BRASIL. 2007. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília (DF).

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. 1997. *Avaliação do Ensino Médico no Brasil. Relatório Geral – 1991-1997.*

COSTA, N. M. S. C. 2007. "Docência no Ensino Médico: Por que É tão Difícil Mudar?" In: *Rev. Bras. Educ. Méd.*, 31, pp. 21-29.

FERREIRA, J. R. 2006. "Interface entre o Promed e o Pró-Saúde". *Cadernos da ABEM: Coletânea de Artigos Originais e Publicados nos Boletins Informativos da ABEM*, 2, pp. 93-94.

HADDAD, J. 1994. *Educación Permanente de personal de salud*. Washington, DC OPS.

MARSIGLIA, R. G. 1995. *Relação Ensino/Serviços de Saúde: Dez Anos de Integração Docente-assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo, Hucitec.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. 2006. *Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ; CEPESQ, ABRASCO.

PONTES, A. L. M.; SILVA JUNIOR, A. G. & PINHEIRO, R. 2006. "Ensino de Saúde e a Rede de Cuidados nas Experiências de Ensino-aprendizagem". In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. *Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ; CEPESQ, ABRASCO, pp. 251-274.

SECRETARIA do Estado da Saúde de São Paulo. Instituto de Saúde. 1991. *Anais do II Seminário sobre a Descentralização da Investigação para o Nível Local.* São Paulo, 4 dez.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. 2007. *Promed. Relatórios de Atividades 1ª Fase, 2ª Fase e 3ª Fase*. Disponível em http://www.promed.unifesp.br/pdf/relatorio1.pdf; http://www.promed.unifesp.br/pdf/relatorio2.pdf; http://www.promed.unifesp.br/pdf/relatorio3-2005-2007.pdf, acesso em 17 de agosto de 2007.

4

A Prática como Eixo da Aprendizagem na Graduação Médica

Nildo Alves Batista
e Sylvia Helena Souza da Silva Batista

INTRODUÇÃO

O ENSINO médico na graduação tem sido objeto de inúmeras discussões tanto no Brasil como no mundo. Os avanços da medicina e o compromisso da graduação com uma formação geral, que possibilite ao futuro médico uma base sobre a qual ele possa se desenvolver e aprender continuamente, encontra nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) duas recomendações relevantes: o papel mediador que deve desempenhar o docente no processo de aprendizagem do estudante e a postura ativa deste no processo de construção do conhecimento. Ao lado destes desafios, a necessidade de reformulação curricular é também apontada no sentido de evitar a compartimentalização disciplinar e implantar práticas interdisciplinares, de possibilitar ao estudante a vivência em diferentes cenários de ensino e aprendizagem e, principalmente, a aproximação do aluno às realidades da prática profissional desde o início do curso.

Considerando a dinâmica do processo de ensino e aprendizagem, ganha importância a estratégia de se tomar situações relacionadas com a prática profissional do médico em diferentes contextos – num movimento de ação-reflexão-ação – como estratégia do cotidiano do ensinar e aprender em medicina. Nessa perspectiva, esta prática emerge como problematizadora do processo de construção de conhecimento do futuro médico.

Nesse sentido, preconiza-se que os cursos estejam organizados, em sua estrutura curricular, de tal maneira que permitam a inserção do aluno em contextos reais da prática médica, em complexidade crescente durante a graduação, utilizando vários cenários de aprendizagem, através da integração ensino-serviço-comunidade.

Teixeira (2003, p. 7) comenta que ao

> [...] indicar a inserção dos estudantes em múltiplos cenários de práticas, as novas diretrizes curriculares ampliam consideravelmente as possibilidades de problematização da realidade de saúde onde os estudantes irão atuar, do ponto de vista da identificação tanto dos problemas dos serviços de saúde e das condições de vida da população, quanto dos problemas dos serviços de saúde e os limites e possibilidades dos processos de mudança em curso.

Tinto (1998) e Polydoro (2000), ao discutirem os processos de aprendizagem do universitário, consideram a aproximação do estudante à prática como um momento privilegiado de formação, no qual diferentes aprendizagens são construídas e partilhadas. Segundo os autores, o universitário vive experiências singulares de socialização e estruturação da identidade, formando-se como profissional em meio a interações com colegas e professores, além das relações no contexto de práticas assistenciais – pacientes, equipe de saúde, comunidade.

Nesse sentido, insere-se a discussão sobre a aproximação à prática médica como eixo estruturante para o processo de ensino-aprendi-

zagem em medicina: no processo de construção de conhecimento, esta prática necessita ser reconhecida como eixo a partir do qual se identifica, questiona, teoriza e investiga os problemas emergentes no cotidiano da formação.

Importante ressaltar que a prática não deve se reduzir à eventos empíricos ou ilustrações pontuais, mas deve exige uma intencional e contínua postura de problematização do vivido, observado, discutido. Deve-se possibilitar que o estudante lide com a realidade e dela retire elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens. Os conhecimentos são elaborados considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam[1].

Apostar em projetos político-pedagógicos que tomem a prática como objeto de reflexão e produção de conhecimento, entendendo-a não como mero exemplo da aplicação teórica, mas como núcleo da produção e difusão das teorias científicas, emerge como representativo de tempos de tão agudas transformações sociais.

No contexto do ensino em ambiente hospitalar, importante resgatar o que Osler afirmava:

> No que se pode chamar de método natural de ensino, o estudante começa com o paciente, continua com o paciente e termina seus estudos com o paciente, usando livros e aulas como ferramentas, como meios para se atingir um objetivo. O estudante começa, de fato, já como um médico... Ensine-o a como observar, dê-lhe abundância de fatos para observar e as lições emergirão dos próprios fatos.

1. Na direção de uma discussão acerca das relações entre prática e experiência, parece-nos importante a leitura do artigo de Jorge Larrosa Bondia, "Notas sobre a Experiência e o Saber de Experiência", publicado na *Revista Brasileira de Educação*, nº 19, 2002.

Estrutura curricular, conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem alicerçadas na prática, na forma em que esta se dá no contexto real das profissões, possibilitam que o processo de construção do conhecimento ocorra contextualizado ao futuro exercício profissional, rompendo com as dicotomias teoria/prática e básico/profissional (Bulcão, 2004).

Em contraposição a modelos tradicionais, a prática profissional passa a ser contexto de aprendizagem para o estudante desde o início dos cursos, atuando como realidade problematizadora do conhecimento necessário para o fazer médico. Este movimento que parte do real possibilita um reconhecimento, pelos diferentes sujeitos envolvidos na formação médica, dos critérios e indicadores adotados para definir os conteúdos que compõem, especialmente, os cursos de graduação em medicina.

O potencial da aproximação do estudante à futura prática no seu processo de aprendizagem e conseqüente desenvolvimento da competência profissional como médico, encontra estruturação conceitual nas discussões da aprendizagem como um processo de construção ativa pelo aprendiz e na relevância da problematização do ensino como caminho para concretizar o processo ensino-aprendizagem.

A APRENDIZAGEM COMO UM PROCESSO DE CONSTRUÇÃO ATIVA DO ESTUDANTE

O que se entende por aprendizagem? Em uma óptica tradicional, aprender tem sido compreendido como processo de reprodução, memorização, retenção das informações – uma prática mecânica de armazenamento de dados obtidos do exterior. Contrapõe-se a esta visão, uma perspectiva crítica que vai valorizar o agir, questionar, tocar, examinar, praticar, relacionar. São verbos que implicam movimento, dúvida, possibilidade de articulação e resposta a situações do cotidiano.

Do ponto de vista dos sentidos dicionarizados (Abbagnano, 1988), a aprendizagem abrange relações de aplicação e exercício, além da consideração de diferentes naturezas presentes no aprender, as quais envolvem as possibilidades humanas de simbolizar, emocionar e agir no mundo. Delineia-se, assim, uma dimensão de *autoria*: o sujeito que aprende o faz num contexto histórico-cultural, construindo modos singulares e únicos de assimilar e transformar as informações, que se desdobram em formas de atuação na realidade.

Merieu (1998, p. 69) define o aprender como: "Processo que somente ocorre pela interação entre informações disponíveis e um processo singular de apropriar-se das informações, configurando-se sentidos, significados".

Percebe-se que a aprendizagem implica, dessa forma, redes de saberes e experiências que são apropriadas e ampliadas pelos sujeitos em suas relações com os diferentes tipos de informações. Essas relações revelam complexidade, diversidade e possibilidades de transformação.

Complexidade pela relação entre as matrizes singulares e os condicionantes sociais, educacionais e políticos que influenciam em diferentes níveis as vivências e interpretações das pessoas sobre a realidade. Imersos em culturas que constituem crenças, valores, idéias, os sujeitos vão (re)organizando suas práticas, suas formas de explicação do cotidiano, bem como as maneiras de acessar e entender os conhecimentos científicos já produzidos. Mas alteram também seus modos internos de refletir sobre as suas próprias atuações (Vygotsky, 1988; 2003).

Aprender configura-se também como poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo (re)construídos nas interações sociais e nos movimentos internos. E é nesses movimentos de transformação que as pessoas vão elaborando suas possibilidades de intervir no mundo, questionando o estabelecido, concordando ou não com as opções coletivas e contribuindo com alternativas de superação (Batista, 2004).

A compreensão dos processos de aprendizagem dos graduandos demanda atentar para as experiências e conhecimentos que são construídos cotidianamente nos diferentes cenários de prática. Delineia-se, assim, que a expressão *processo de construção ativa* implica triangular os significados dos conteúdos para a formação, as atividades dos sujeitos aprendizes e as interações estruturadas entre os envolvidos nos diferentes espaços de aprender a ser médico.

Para empreender essa triangulação, é preciso por em questão o sentido da construção: reconhece-se a idéia de movimento, de deslocamento de uma posição original e de transformação. Assim, não se trata de reproduzir modelos prontos, mas de conhecimento, exploração, aprofundamento e proposição de novas possibilidades frente a um dado conjunto de informações, fatos e/ou acontecimentos.

A possibilidade da construção ancora-se na perspectiva de que a aprendizagem não se estrutura a partir de superposição de acúmulo de conceitos, e sim configura um complexo processo de articular, analisar, sintetisar, comparar, propor, inovar, questionar.

Paulo Freire, com sua proposta de educação problematizadora, argumentava que reconhecer quem aprende como sujeito implica reconhecer as possibilidades de agir sobre o mundo, transformando-o: "quem forma se forma e reforma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado" (2000).

Depreende-se desta postura que assumir a aprendizagem como processo de construção abrange a *significação*: em suas diversas nuanças (afetiva, cognitiva, social, ética, moral), atribuir significado às situações, objetos, fatos e conceitos representa o reconhecimento das situações, objetos, fatos e conceitos como partes do contexto de formação do aprendiz e conseqüentes espaços possíveis de aplicação do que está sendo aprendido (Piaget, 1988).

Contudo, a significação não envolve somente as singularidades do estudante, mas também remete ao contexto sócio-político-cultural em que as situações de ensino-aprendizagem estão sendo construídas.

Explicita-se que se fazer profissional médico contempla múltiplas interações, em que crenças, saberes, teorias, metodologias são conhecidas e confrontadas, demandando que estudantes e professores estabeleçam trocas, estruturem situações onde a dúvida e o questionamento tenham lugares privilegiados.

Neste contexto, construir a aprendizagem abrange torná-la significativa tanto do ponto de vista dos interesses e motivações de quem aprende (entender porque determinados conteúdos devem ser aprendidos e relacioná-los a outros conhecimentos), como da relevância para uma formação que integre teoria e prática nos cotidianos futuros do exercício profissional – inscreve-se a aprendizagem significativa.

A aprendizagem significativa, no enfoque proposto por David Ausubel (1978; 2003), configura uma interação entre as novas informações e as já existentes, na qual ambas se modificam. Desta forma, a estrutura cognitiva está permanentemente se reestruturando, alterando relações e incorporando novas possibilidades de ação e interação: o processo é dinâmico; o conhecimento vai sendo construído. Na aprendizagem significativa o novo conhecimento nunca é internalizado de maneira literal, porque no momento em que passa a ter significado para o aprendiz entra em cena o componente idiossincrático da significação (Moreira, 2005, p. 7).

A nova informação para ser incorporada de maneira significativa necessita que o sujeito que aprende possa mobilizar seus conhecimentos prévios (as pessoas têm saberes anteriores às situações de escolarização e estes precisam ser os pontos de partida para o trabalho educativo), apropriando-se de novos conceitos, informações e lógicas para que novas aprendizagens possam ser construídas (Ausubel, 2003).

Este itinerário do aprender pressupõe situações em que possam ser estruturados diferentes cenários e múltiplos recursos didáticos, favorecendo interações pedagógicas que sejam motivadoras e a visualização de possíveis aplicações do que está sendo aprendido. Destaca-se

que aplicar não é um mero exercício de reprodução, mas sim uma reconstrução em situações concretas.

As propostas de formação que privilegiam a prática profissional como eixo de aprendizagem identificam o potencial motivador da inserção na realidade, investindo em observação e questionamento crítico que se desdobrem na formulação de interrogações contextualizadas. Estas interrogações demandam o encontro com as teorias disponíveis no campo científico, aprofundando os recortes disciplinares e retornando à realidade com olhares mais abrangentes e interdisciplinares. É um movimento permanente do complexo para o complexo.

Assumir a aprendizagem significativa como processo de construção de conhecimento demanda, por um lado, abandonar ilusões no sentido de *tudo ensinar* por meio de livros e/ou de relatos de experiências docentes, destituindo o professor como o único que conhece. Por outro, exige reconhecer que os cenários de aprendizagem não podem ficar restritos aos mais conhecidos (sala de aula, hospital, laboratórios), atribuindo valor aos diferentes espaços de exercício da prática médica.

> [...] essas práticas nos "Cenários de Aprendizagem" enfatizam a promoção e a proteção da saúde, considerando processos sociais vinculados à saúde, os modos de viver e de trabalhar peculiares aos territórios, bem como a atuação sobre os problemas concretos de saúde – tais como danos, riscos, ameaças de risco e seus fatores condicionantes e determinantes – e sobre os modos como a sociedade os enfrenta (Feuerwerker *et al.*, 2000, p. 42).

Instigante a questão proposta por Rogers (1988) em relação à possibilidade efetiva da aprendizagem significativa ser assumida como centro das propostas formativas a partir da inserção dos estudantes em cenários de prática:

> Podemos permitir aos estudantes que entrem em contato com os problemas reais? Toda a nossa cultura procura insistentemente manter os jovens afas-

tados de qualquer contato com os problemas reais. Os jovens não têm que trabalhar, assumir responsabilidades, intervir nos problemas cívicos ou políticos, não têm lugar nos debates das questões internacionais. [...] Será possível inverter essa tendência? (p. 271)

Inverter a lógica inicial do acúmulo de conceitos, alterando o modo de conceber a aprendizagem, desloca fundalmentalmente a maneira de situar o ensino: de uma postura transmissiva a uma prática dialógica, mediadora e comprometida com a produção de conhecimento.

O ofício de ensinar requer esta dupla e incansável prospecção, por um lado, no que diz respeito aos sujeitos, às suas aquisições, suas capacidades, seus recursos, seus interesses, seus desejos e, por outro lado, no que diz respeito aos saberes que devem ser incessantemente percorridos, inventariados para neles descobrir novas abordagens, novas riquezas, novas maneiras de apresentação (Merieu, 1998, p. 75).

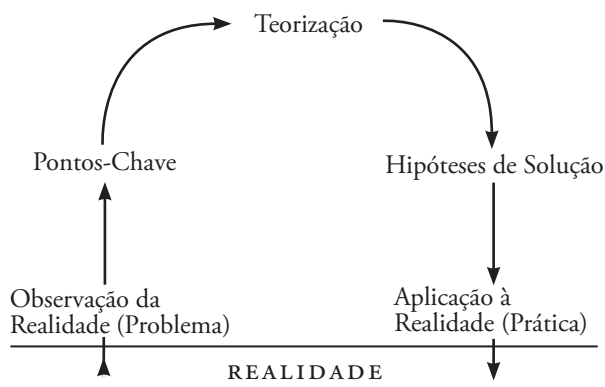
E é no contexto deste ofício, revisitando-o criticamente, que é possível identificar a problematização como um caminho produtivo para contribuir na transformação da educação médica.

OS ENFOQUES PROBLEMATIZADORES NO ENSINO-APRENDIZAGEM E O PAPEL DA APROXIMAÇÃO DO ESTUDANTE À PRÁTICA PROFISSIONAL

Os enfoques problematizadores são estratégias utilizadas para a construção de propostas de formação e atuação que desencadeiem processos de aprendizagens significativas.

As metodologias problematizadoras expressam princípios que envolvem assunção da realidade como ponto de partida e chegada da produção do conhecimento, procurando entender os conteúdos

já sistematizados como referenciais importantes para a busca de novas relações.

Bordenave e Pereira (1978) buscaram construir um modelo da problematização, consolidando, com a proposição de Carlos Maguerez, o chamado Método do Arco: observação da realidade (construção do problema) → identificação dos pontos-chave → teorização → hipóteses de solução → aplicação à realidade.

Observa-se que esta representação construída para uma estratégia específica (problematização) pode ser muito produtiva para se compreender que os enfoques problematizadores propõem uma inversão da rota tradicional que tem caracterizado o processo ensino-aprendizagem, onde primeiro aprende-se a teoria para, num segundo momento, aplicá-la. Nos referidos enfoques, o ponto de partida passa a ser a realidade (neste caso, a prática profissional do médico) para, a partir dela, suscitar os questionamentos e a significação do processo de aprendizagem.

É neste contexto que enfatizamos o potencial da aproximação do estudante à prática profissional do médico, problematizando o seu processo de formação. O formar significa, dentre outras dimensões, problematizar exemplos e atitudes presentes na profissão médica, compartilhando práticas no convívio diário de alunos e professores.

Identificam-se aproximações importantes entre a construção das aprendizagens significativas e os enfoques problematizadores, dentre elas realçam-se: o conhecimento prévio como um pilar fundamental para a mediação de novas aprendizagens, a diversificação de cenários que facilitem a construção de novos conhecimentos, o entendimento de que conhecer implica acesso às informações e um permanente trabalho de (re)construção destas, a valorização da prática como estruturante para o aprender e a compreensão desta como motivadora do processo de aprendizagem.

Os enfoques problematizadores privilegiam, também, a inserção em pequenos grupos, os espaços de busca das informações, a participação em discussões e o lidar com as diferenças entre as pessoas.

Complexo e múltiplo é o conjunto de estratégias que podem ser situadas dentro do marco teórico-metodológico dos enfoques problematizadores. Como propostas consagradas emergem a Pedagogia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

Berbel (1998) indica que não se trata apenas de diferentes termos, mas envolvem distintos caminhos para constituir situações de aprendizagem significativa, implicando conseqüências diferentes.

> [...] as duas propostas trabalham intencionalmente com *problemas* para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender. Este fato facilita uma conclusão apressada por aqueles que ainda têm poucas informações sobre as duas propostas e as vêem superficialmente defendidas/explicadas por profissionais da saúde e mesmo da educação (p. 141, grifo no original).

A Pedagogia da Problematização enfatiza o movimento ação-reflexão-ação para o processo de elaboração dos conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam. Encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção

crítica em uma realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens.

A Aprendizagem Baseada em Problemas parte de situações previamente elaboradas que buscam desencadear o processo de construção do conhecimento, tornando-se, assim, um eixo fundamental para a aprendizagem numa óptica mais integradora e articulada. Apresenta um singular impacto em experiências nacionais de transformação da escola médica, o que, sem dúvida, a situa como um campo importante de acúmulo de conhecimento e experiências (Komatsu, 2003; Lampert, 2002; Feuerwerker, 2002; Almeida, 1999).

Várias outras estratégias podem ser identificadas com os pressupostos dos enfoques problematizadores e foram descritas por Anastasiou e Alves (2003), com ênfase: estudo de caso, casos motivadores, mapas conceituais, júri simulado, ensino com pesquisa. São possibilidades, que não representando receitas nem modelos acabados, possam inspirar práticas docentes que privilegiem:

- A atividade e interatividade dos alunos em seus processos de conhecer, explicar e intervir em uma realidade.
- A apropriação de referenciais teórico-metodológicos que têm no questionamento e na busca sistemática de respostas, pilares fundamentais.

Nestas práticas, o professor assume uma posição mediadora, buscando investir em situações problemáticas que estimulem a curiosidade discente e a busca de compreensão da teoria. Valoriza-se, desta maneira, o envolvimento do aluno na construção do conhecimento, estimulando-o a participar, questionar e buscar a informação.

Batista *et al.* (2005) atentam para dificuldades, que os autores chamam de nós críticos, dos enfoques problematizadores:

> [...] o risco de tomá-lo como simples instrumento técnico, desvinculado de um projeto político-pedagógico; o viés de discutir apenas a partir da cen-

tralidade no sujeito que aprende, secundarizando as condições concretas de prática e formação e o lugar do ensino como ação intencional; o desafio de se reconfigurar o papel do educador numa perspectiva dialógica e os dilemas concernentes à (re)construção de desenhos curriculares (p. 237).

Os enfoques, com seus desafios e ambigüidades, procuram constituir mudanças significativas na forma de conceber e concretizar a formação de profissionais, configurando uma atitude propositiva frente aos desafios contemporâneos. Assumem a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade.

Frente ao panorama discutido, tomar a aproximação à prática médica como eixo curricular representa o reconhecimento de que a prática profissional em medicina é potencializadora de situações problemáticas, não somente como ilustrações exemplares, mas como configuradores de dilemas e desafios vividos no cotidiano. Assumir este eixo demanda uma reflexão sobre as competências profissionais necessárias para dar conta da singularidade e dos conflitos de valores que caracterizam a prática.

No dizer de Schön (2000):

> Quando um profissional define um problema, ele escolhe e nomeia os aspectos que irá observar [...]. Através dos atos complementares de designação e concepção, o profissional seleciona os fatos aos quais se ater e os organiza, guiado por uma apreciação da situação que dá a ela coerência e estabelece uma direção para a ação. Assim sendo, a definição de problemas é um processo ontológico [...] uma maneira de apresentar uma visão de mundo (p. 16).

Neste contexto, acreditamos que ter uma proposta formativa que privilegie a prática médica como eixo para aprendizagens significativas, favorece a concretização dos compromissos com os desafios contemporâneos da graduação em Medicina comprometida com a

consolidação do Sistema Único de Saúde e coadunada com os movimentos de conjugar a integralidade do cuidado, a ética e o humanismo na prática profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNAMO, Nicola. 1988. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo, Metre Jou.

ALMEIDA, M. 1999. *Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança.* Rio de Janeiro/Londrina, Associação Brasileira de Educação Médica/ Eduel.

ANASTASIOU, L. & ALVES, L. P. 2003. *Processos de Ensinagem na Universidade.* Joinvile, Ed. Univile.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D. & HANESIAN, H. 1978. *Educational Psychology.* New York, Holt, Rinehart and Winston. [publicado em português pela Editora Interamericana, Rio de Janeiro, 1980. Em espanhol por Editorial Trillas, México, 1981. Reimpresso em inglês por Werbel & Peck, New York, 1986].

AUSUBEL, D. P. 2003. *Aquisição e Retenção de Conhecimentos: uma Perspectiva Cognitiva.* Lisboa, Plátano Edições Técnicas [tradução de *The Acquisition and Retention of Knowledge: a Cognitive View,* Kluwer Academic Publishers, 2000.].

BATISTA, N. *et al.* 2005. "O Enfoque Problematizador na Formação de Profissionais de Saúde". *Revista de Saúde Pública*. 39(2), pp. 147-161.

BERBEL, N. A. N. 1998. "A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: Diferentes Termos ou Diferentes Caminhos". *Interface*, Botucatu, Unesp, 2, pp. 139-154.

BORDENAVE, J. D. & PEREIRA, A. M. 1978. *Estratégias de Ensino-Aprendizagem.* Petrópolis, Vozes.

BULCÃO, L. G. 2004. "O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem". *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28(1).

FEUERWERKER L. *et al.* 2000. "Diversificação de Cenários de Ensino e Trabalho sobre Necessidades/Problemas da Comunidade". *Divulgação Saúde para Debate,* 22.

Feuerwerker, L. 2002. *Além do Discurso de Mudança na Educação Médica – Processos e Resultados*. São Paulo, Hucitec.

Freire, P. 2000. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Komatsu, R. 2003. *Aprendizagem Baseada em Problemas – Sensibilizando o Olhar para o Idoso*. Londrina/Rio de Janeiro/São Paulo, Rede Unida/abem/ Sociedade de Geriatria e Gerontologia.

Lampert, J. B. 2002. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil – Tipologia das Escolas*. São Paulo, Hucitec.

Merieu, P. 1998 *Aprender... Sim, mas Como?* Porto Alegre, Artes Médicas.

Moreira, M. 2005. "Mapas Conceituais e Aprendizagem Significativa." In: *Revista Chilena de Educação Científica*, 4(2), pp. 38-44.

Piaget, J. 1988. *Psicologia e Pedagogia*. 8ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Polydoro, S. A. J. 2000. "O Trancamento de Matrícula na Trajetória Acadêmica do Universitário: Condições de Saída e de Retorno à Universidade". Tese de Doutorado não-publicada, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.

Rogers, C. 1988. *Tornar-se Pessoa.* São Paulo, Editora Martins Fontes.

Schön, D. 2000. *Educando o Profissional Reflexivo – um Novo Design para o Ensino e a Aprendizagem*. Porto Alegre, Artmed.

Teixeira, C. 2003. "Ensino da Saúde Coletiva na Graduação". *Boletim abem*. Volume xxxi, n. 3, p. 7, maio/jun.

Tinto, V. 1998. "Stages of Student Departure. Reflections on the Longitudinal Character of Student Leaving". *Journal of Higher Education,* 59 (4), pp. 438-455.

Vigotsky, L. S. 1988. *Obras Escogidas*. Madrid, Visor Libros.

Vigotsky, L. S. 2003. *Psicologia Pedagógica*. Porto Alegre, Artmed.

II

A FORMAÇÃO MÉDICA NA UNIFESP

Proposta Atual

5

O Plano Político Pedagógico do Curso de Medicina: Um Processo em Permanente Construção

Rosana Fiorini Puccini e
Miguel Roberto Jorge

INTRODUÇÃO

O ATUAL currículo do curso de Medicina da Unifesp resulta de uma longa trajetória de quase 75 anos. Inclui dedicação, compromisso com o ensino e, sobretudo, capacidade de agregar profissionais com grande vocação para o ensino de graduação e pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, pesquisa e extensão, esta última representada não somente por sua atuação no hospital universitário, mas também, na assistência em diferentes níveis de atenção à saúde e envolvimento em programas e projetos comunitários. As mudanças curriculares do curso de Medicina têm ocorrido de forma articulada aos diferentes contextos da própria instituição e do país – políticos, históricos, culturais e de organização e conquistas de nossa sociedade. Cabe destacar, nesse processo, o papel da estruturação dos serviços de saúde e as mudanças mais profundas a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, em especial, a garantia da saúde como direito e o controle

social. Neste capítulo, serão abordados o processo de construção do atual currículo de medicina da Unifesp, o currículo vigente e aspectos relacionados à gestão e avaliação do curso.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO ATUAL CURRÍCULO DE MEDICINA DA UNIFESP

A reformulação do currículo que resultou na implantação do atual modelo começou a ser construída com a aprovação no Conselho Departamental, da então Escola Paulista de Medicina (EPM), do projeto "A Graduação Médica – Uma Proposta de Avaliação", em 1987. O objetivo principal foi desenvolver um trabalho que considerasse a contribuição de todos os segmentos da instituição – docentes, alunos e egressos. As idéias centrais foram extraídas de consolidados pareceres, elaborados por grupos de discussão, constituídos por representantes dos diferentes departamentos, alunos e residentes. A busca pela inovação, o acompanhamento atento das tendências nacionais e internacionais (World, 1988; Chaves & Rosa, 1990; Feuerwerker, 2006) e a participação ativa dos dirigentes do curso de Medicina junto a entidades de ensino médico, incluindo a adesão da EPM à avaliação proposta pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem, 1999; Siqueira, 2006), contribuíram, também, para o processo de reformulação e, em 1997, tem início o Currículo Nuclear, o qual apresenta como princípios gerais:

- Integração de disciplinas: construção do currículo com base em conteúdos e não em disciplinas administrativas, buscando reduzir a fragmentação. Algumas disciplinas que permaneceram têm buscado atuar de forma articulada a outras unidades curriculares visando a estabelecer relações, sobretudo com a clínica.

- Integração básico-clínica: assumindo esta articulação como desafio a ser superado de forma processual, a participação de docentes oriundos das ciências biológicas e clínicas em alguns módulos tem buscado superar a dicotomia básico/profissional tão comum na formação em saúde.
- Início de atividades práticas, compatíveis com sua competência, desde a primeira série do curso: ao contrário da organização curricular tradicional, o graduando exercita sua prática desde o início do curso, possibilitando autonomia crescente no exercício de suas atividades.
- Atuação em diferentes cenários da prática profissional: hospital universitário, ambulatórios, unidades básicas de saúde e na comunidade; esses variados contextos de aprendizagem têm buscado superar o modelo hospitalocêntrico de formação possibilitando ao graduando formar-se para atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Estratégias pedagógicas que favoreçam a auto-aprendizagem: procura-se motivar os estudantes para a busca ativa de informações e a aprendizagem em contexto da prática profissional com uma perspectiva problematizadora. A organização nuclear do currículo, com pequenos grupos de alunos permite uma formação mais individualizada, propiciando a responsabilidade crescente do graduando com seu processo de formação.
- Tempo pró-aluno: valorizam-se espaços na organização curricular para que os estudantes possam dedicar-se a atividades de estudo, reflexão ou lazer.
- Disciplinas eletivas: pretende uma formação diferenciada a partir do interesse do graduando de forma a propiciar o aprofundamento e/ou a atualização do conhecimento teórico-prático em áreas de maior interesse do aluno. Anualmente professores de diferentes áreas oferecem disciplinas de 16 a 32 horas, abordando conteúdos que não constem do currículo obrigatório e possam ampliar

a visão do estudante em relação ao tema em si e às possibilidades de atuação profissional.

O curso foi estruturado tomando como pressupostos a importância de aspectos formativos e informativos, para que o estudante aprenda a aprender, aprenda a fazer, aprenda a conviver e aprenda a ser. Com esta perspectiva, é esperado que o médico formado pela Unifesp-EPM apresente o seguinte perfil:

- Conhecimento das bases morfológicas e fisiológicas da medicina.
- Conhecimento das bases da medicina celular e molecular.
- Conhecimento da estrutura e função de órgãos, sistemas e aparelhos, que permita acompanhar processos fisiológicos e de doença.
- Entendimento crítico de princípios diagnósticos e terapêuticos que possibilitem o exercício profissional baseado na evidência médico-científica.
- Competência para diagnosticar, tratar e orientar portadores das doenças mais prevalentes, reconhecendo os limites de sua ação.
- Habilidades básicas de sua profissão.
- Competência para o desempenho ético da profissão.
- Compreensão das dimensões biológica, psicológica e social no processo saúde-doença.
- Conhecimentos básicos de promoção de saúde e prevenção de doenças.
- Capacidade para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.
- Conhecimento do método científico.

A educação profissional iniciada no curso de graduação deve ser continuada e, portanto, os graduados devem estar preparados para múltiplas possibilidades que se abrem após a conclusão do curso:

exercício profissional em grandes áreas e especialidades, pesquisa, carreira acadêmica. Os profissionais formados devem ter conhecimento da organização do sistema de saúde vigente no país, das características do mercado de trabalho e estar preparados para trabalhar em equipe. O currículo do Curso Médico na Unifesp tem sido continuadamente avaliado e aprimorado, refletindo as principais características da instituição: integração científica e geográfica entre as áreas biológicas e profissionais; corpo docente com elevado nível de titulação acadêmica e regime de trabalho de tempo integral em porcentagem superior a 95%; atividade de grupos de excelência em pesquisa; significativo envolvimento de estudantes em programas de iniciação científica, e participação de estudantes em ações externas ao *campus*.

Em 2001, teve início um amplo processo de avaliação do Currículo Nuclear, o qual teve como marco uma oficina que reuniu mais de cem pessoas entre docentes, discentes, pós-graduandos e residentes. Nessa oficina, na qual foram reafirmadas as principais metas e estratégias do Currículo Nuclear, foram revistos alguns pontos estabelecidos anteriormente, identificados obstáculos para sua execução e apresentadas propostas visando à superação de dificuldades. Os aspectos positivos e negativos do Currículo foram apontados e discutidos e adequações pertinentes propostas e aprovadas em todas as instâncias da instituição, sempre considerando a realidade e características próprias da Unifesp. Os desdobramentos e decisões dessa oficina foram favorecidos e impulsionados com a publicação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina (Brasil, 2001) e com a aprovação do Promed (Brasil, 2002), no ano seguinte. A concordância entre as propostas estabelecidas nessa oficina para o aprimoramento do Currículo Nuclear da Unifesp, as Diretrizes Curriculares e o Promed (plano detalhado apresentado no capítulo 3) favoreceram muito o processo de mudança na instituição. Recentemente, a aprovação do Pró-Saúde veio somar-se ao conjunto de ações desenvolvidas em função do Promed e do movimento de

reestruturação do curso, definitivamente incorporado na universidade. O processo de elaboração do atual plano político pedagógico do curso de Medicina da Unifesp foi conduzido pela Comissão do Curso de Medicina, em 2005, sendo concluído em maio de 2006. Com o objetivo de que esse processo cumprisse um papel pedagógico junto aos docentes e os envolvesse na sua elaboração, foram realizadas atividades voltadas especialmente aos coordenadores de unidades curriculares, visando a orientá-los na elaboração dos planos de ensino, contando-se para esta atividade com assessoria pedagógica. Posteriormente, foi feita reorientação desse trabalho e, finalmente, conclusão e aprovação do plano na Comissão do Curso de Medicina.

O ATUAL CURRÍCULO MÉDICO DA UNIFESP

O curso de Medicina da Unifesp, desde 2005, oferece 110 vagas pelo sistema universal e onze pelo sistema de cotas para negros ou indígenas que cursaram ensino médio exclusivamente em escola pública. Tem duração de seis anos, em período integral, com carga horária total de aproximadamente 9 900 horas, sendo que da 1ª à 4ª série, 5% da carga horária é destinada ao tempo pró-aluno e da 2ª à 4ª série, outros 5% da carga horária são destinados às disciplinas eletivas, as quais têm caráter obrigatório, complementar. O aluno pode escolher pelo menos uma disciplina por semestre (com duração de oito semanas) ou duas (com duração de quatro semanas), de um rol oferecido a ele. Outras atividades têm sido consideradas para comporem os créditos exigidos pelas disciplinas eletivas – iniciação científica e a participação em projetos de extensão, ambos mediante apresentação de relatório dos respectivos orientadores.

A estrutura rígida entre os ciclos básico e clínico foi definitivamente rompida a partir de 2003 com a implantação de cinco novos

módulos e aprimoramento de quatro outros nas duas primeiras séries, de tal forma que ocorre uma inserção em atividades práticas desde o primeiro semestre do curso. Além disso, módulos das áreas biológicas que já vinham desenvolvendo atividades buscando estabelecer correlações com a área clínica puderam implementar esse processo, considerando que esta discussão encontrava-se cada vez mais presente nas comissões, sub-comissões, oficinas e seminários. Por outro lado, a participação de professores das áreas clínicas nos primeiros semestres do Curso Médico e o contato com alunos das primeiras séries com suas expectativas e em processo de construção do que é ser médico trouxeram motivação e favoreceram a reflexão para as atividades específicas desenvolvidas por esses professores em momentos posteriores do curso, como, por exemplo, no Internato.

A seguir apresentamos as principais características de cada uma das séries do atual currículo do curso de Medicina da Unifesp. No quadro 1, encontra-se a relação das unidades curriculares obrigatórias, com suas respectivas ementas e cargas horárias. Neste quadro, não foram consideradas as cargas horárias de plantões e as atividades de finais de semana, com o objetivo de permitir comparações entre as unidades quanto à duração. No quadro 2, encontra-se a lista de disciplinas eletivas do ano 2007.

QUADRO I. Unidades curriculares do curso de Medicina da Unifesp em 2006 com ementas e carga horária TOTAL (C.H.)

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
PRIMEIRA SÉRIE			
Observação de práticas médicas	Clínica; Cirurgia; Pediatria; Psiquiatria; Ginecologia; Obstetrícia; Saúde Coletiva; Biológicas; Oftalmologia	Observação e análise da prática médica nos diferentes níveis do complexidade dos serviços públicos de saúde. Relação médico-paciente. Condições socioeconômicas da população e saúde. Trabalho em equipe multidisciplinar.	32
Bases morfológicas da medicina	Anatomia; Fisiologia; Biologia do Desenvolvimento	Morfologia geral do corpo humano em três vertentes (anatômicas, histológicas e de desenvolvimento) e correlação com disciplinas básicas e clínicas.	420
Organização funcional do corpo humano: das células aos sistemas	Biofísica; Fisiologia; Bioquímica	Estrutura e função de compostos biológicos da célula, degradação e biossíntese desses compostos em diferentes tecidos e órgãos, suas características biofísicas e suas funções fisiológicas.	600
Saúde coletiva: política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS)	Saúde Coletiva	Conceito de saúde e problema de saúde. Direito social à saúde. Política de saúde no Brasil. SUS. Organização dos serviços de saúde. Planejamento em saúde. Sistemas nacionais de saúde em outros países. Mercado de trabalho.	68

Suporte básico de vida no adulto e na criança e primeiros socorros	Pediatria; Clínica; Enfermagem	O atendimento das emergências no Estado de São Paulo. Atendimento primário a emergências clínicas e traumáticas. Suporte básico de vida no lactente, pré-escolar, escolar e adulto. Primeiros socorros.	32
Introdução às técnicas básicas nos cuidados em saúde	Enfermagem	Noções básicas de biossegurança. Relacionamento interpessoal. Controle de sinais vitais. Curativos. Medicação por via parenteral.	32
Psicologia médica I	Psicologia Médica	Relações humanas. Reconhecimento e manejo das características das pessoas e da dinâmica das relações para aplicação no campo da atenção em saúde.	32
		TOTAL 1ª SÉRIE	1 216
SEGUNDA SÉRIE			
Bases moleculares e celulares da medicina	Biologia Molecular Microbiologia Imunologia Parasitologia	Mecanismos moleculares de processos biológicos fundamentais (fluxo de informação gênica, síntese/degradação/tráfego de macromoléculas, proliferação e morte celular, transformação maligna, hemostasia). Mecanismos moleculares e celulares da relação parasita-hospedeiro. Mecanismos de defesa do organismo.	480

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
Epidemiologia I	Epidemiologia	Indicadores de condições de vida e de saúde. Mortalidade. Morbidade. Transição demográfica e epidemiológica. Fontes de informação. Causalidade. História natural das doenças. Promoção da saúde e níveis de prevenção. Desigualdades em saúde. O método epidemiológico.	90
Bioestatística	Bioestatística	Definição de Bioestatística. Etapas do método científico. Planejamento de experimentos e amostragem. Tipos de variáveis geradoras de dados. Estatística descritiva e inferencial.	72
Sociologia médica	Sociologia	O modelo biomédico de conhecimento. Processo saúde-doença. Causalidade na ciência e na medicina. Serviços de saúde no Brasil. Mercado de trabalho. Prática médica e prática social.	32
Educação e comunicação na prática do médico	Educação em Saúde; Saúde Coletiva	Práticas educomunicativas em saúde. Comunicação do médico com o paciente, com a equipe de trabalho e com a comunidade. A comunicação e a aderência do paciente ao tratamento. A função educativa do médico.	36

Atendimento pré-hospitalar do trauma	Cirurgia Torácica e Emergências	Sistema de resgate. Mecanismos de trauma. Avaliação do local do trauma e medidas preventivas. Imobilização. Triagem em áreas de catástrofe. Salvamentos.	12
Psicologia médica II	Psicologia Médica	A entrevista médica. Formação da personalidade. Aparelho psíquico e mecanismos de defesa. Comunicação. Emoções. A equipe multiprofissional.	36
Psicobiologia e farmacologia	Psicobiologia; Farmacologia	Conceitos de Farmacologia Geral. Mecanismo de ação de drogas e Farmacocinética. Farmacologia por sistemas e aparelhos. Conceito de Psicobiologia. Funcionamento cognitivo e comportamental. Medicina e biologia do sono. Medicina e sociologia do abuso de drogas.	272
Anatomia patológica	Patologia	Processos patológicos gerais. Processos degenerativos. Distúrbios circulatórios. Agressão. Defesa e adaptação do organismo. Ciclo celular. Neoplasias e carcinogênese.	114
Semiologia integrada	Clínica; Pediatria; Obstetrícia; Ginecologia; Psicologia Médica	Anamnese integral por ciclos de vida – Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Geriatria. O processo do adoecer – aspectos físicos, psicológicos e sociais.	40
		TOTAL 2ª SÉRIE	1 184

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
TERCEIRA SÉRIE			
Semiologia humana	Clínica; Pediatria; Psicologia Médica; Nutrição; Diagnóstico por Imagem; Informática em Saúde	Semiologia do adulto, criança e adolescente. Assistência ao adulto, à criança e ao adolescente no seu contexto emocional, familiar, social e cultural. Exames subsidiários. Avaliação nutricional. Informática médica. Conceitos básicos de diagnóstico por imagem.	366
Anatomia topográfica aplicada	Anatomia	Fundamentos da anatomia topográfica. Divisão regional do corpo humano. Correlação anátomo-clínica. Técnicas de dissecação e utilização de instrumentais.	152
Fundamentos de oncologia	Clínica/Oncologia	Conceitos básicos de oncologia. Biologia molecular em oncologia. Anatomia patológica do câncer. Epidemiologia do câncer no Brasil e no mundo. Prevenção. Marcadores. Estadiamento.	50
Epidemiologia II	Saúde Coletiva	Estratégias e ações de promoção de saúde e de prevenção para indivíduos (medicina clínica individual) e para a população geral (saúde coletiva). Epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis e não-transmissíveis. Vigilância epidemiológica. Tipos de estudos.	64

Genética médica	Genética	Fundamentos da genética médica básica. Desenvolvimento do raciocínio genético clínico com a aplicação da propedêutica da especialidade. Estratégias de intervenção visando à prevenção primária, secundária e terciária das doenças genéticas.	80
Psiquiatria	Psiquiatria	História da Psiquiatria. Transtornos mentais. Anamnese psiquiátrica. Psicopatologia. Psicofarmacologia e eletroconvulsoterapia.	120
Técnica operatória e cirurgia experimental	Cirurgia	Formação cirúrgica básica. Manobras cirúrgicas no primeiro atendimento ao politraumatizado. Microcirurgia. Cirurgia vídeo-assistida. Cicatrização. Antibioticoterapia profilática e complicações dos atos anestésicos e operatórios.	50
Doenças infecciosas	Infectologia Clínica e Pediátrica	Interação hospedeiro-parasita. Imunizações. Principais endemias brasileiras. Anamnese, exame clínico e diagnóstico laboratorial em doenças infecciosas. Uso de antimicrobianos. Epidemiologia hospitalar. Risco profissional. Notificação de doenças transmissíveis	42

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
Bioética	Medicina Legal; Bioética	Bases e conceito da Bioética. Origens do pensamento ético. Ética no início e fim da vida. Direitos do paciente. Ética e exercício profissional. Ética na investigação científica.	64
Bases da medicina por sistema e aparelhos: locomotor	Reumatologia Clínica e Pediátrica; Alergia e Imunologia; Patologia; Ortopedia; Diagnóstico por Imagem	Semiologia do aparelho locomotor. Algoritmo para diagnóstico diferencial de síndromes dolorosas. Trauma. Doenças auto-imunes. Laboratório de imunologia. Reabilitação. Infecções no aparelho locomotor. Doenças metabólicas.	140
Bases da medicina por sistema e aparelhos: reprodutor	Ginecologia; Obstetrícia; Patologia; Anestesiologia; Diagnóstico por Imagem	Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino. Propedêutica da mama, do trato genital inferior. Infertilidade. Ciclo gravídico e puerperal. Exames subsidiários em ginecologia e obstetrícia.	140
Bases da medicina por sistema e aparelhos: cabeça/pescoço	Cirurgia Pediátrica, Plástica e Cabeça e Pescoço; Diagnóstico Imagem; Otorrinolaringologia; Patologia	Bases anatômicas e fisiopatológicas das afecções de cabeça e pescoço. Procedimentos e tratamento das afecções de cabeça e pescoço.	53

Bases da medicina por sistema e aparelhos: hematopoiético	Hematologia Clínica e Pediátrica; Oncologia Clínica e Pediátrica; Patologia	Hematopoiese. Propedêutica clínica e laboratorial em Hematologia. Anemias. Hipoplasias medulares. Síndromes mieloproliferativas. Leucemias e linfomas. Coagulação e coagulopatias. Transfusão sanguínea. Imunohematologia.	40
		TOTAL 3ª SÉRIE	1 361
QUARTA SÉRIE			
Oftalmologia	Oftalmologia	Anatomia ocular. Processos fisiológicos relacionados à visão. Manifestações oculares com disfunções sistêmicas. Doenças oculares mais freqüentes. Sinais e sintomas em oftalmologia.	40
Anestesiologia	Anestesiologia	Áreas de atuação da anestesiologia. Cuidados pré, intra e pós-operatório. Dor aguda e crônica. Analgesia e sedação. Anestesia geral e local. Distúrbio eletrolítico e ácido-básico.	36
Geriatria	Clínica	Envelhecimento e suas repercussões. O trabalho da equipe multi e interdisciplinar na atenção ao idoso. Avaliação geriátrica global. Desenvolvimento da anamnese e exame físico multiprofissional. Diagnóstico diferencial em geriatria.	20

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
Medicina legal e deontologia	Medicina Legal; Bioética	Introdução à medicina legal. Identidade por meios biológicos (antropométricos, médicos, laboratoriais). Identificação judiciária. Asfixias médico-legais. Estudo da fisiopatologia das alterações da dinâmica respiratória e das modificações do meio ambiente.	20
Medicina de urgência baseada em evidência	Clínica	Doenças freqüentes na clínica do adulto. Medicina baseada em evidência.	45
Bases da medicina por sistema e aparelhos: digestório	Gastroenterologia Clínica e Pediátrica; Gastroenterologia Cirúrgica; Cirurgia Pediátrica; Patologia; Anatomia; Diagnóstico por Imagem	Doenças do esôfago, estômago, duodeno, pâncreas, vias biliares, fígado, intestinos delgado e grosso, ânus e paredes abdominais em adultos e crianças. Informações básicas sobre principais doenças do trato digestório e órgãos anexos (fígado e pâncreas).	160
Bases da medicina por sistema e aparelhos: urinário	Nefrologia Clínica e Pediátrica; Urologia; Cirurgia Pediátrica; Diagnóstico por Imagem; Patologia	Semiologia urológica. Anatomia, embriologia e fisiologia do trato urinário. Anomalias congênitas Infecções e inflamações do trato genital. Litíase urinária. Oncologia urológica. Trauma e urgências. Doenças da próstata. Disfunções urinárias e sexual. Exames de imagem do trato genito-urinário e adrenais. Hipertensão arterial. Glomerulopatias. Insuficiência renal aguda e crônica.	115

Bases da medicina por sistema e aparelhos: respiratório	Pneumologia Clínica e Pediátrica; Cirurgia Torácica; Anestesiologia; Patologia; Diagnóstico por Imagem; Otorrinolaringologia	Anamnese e exame clínico do sistema respiratório. Fisiopatologia das principais doenças do sistema respiratório. Etiologia, diagnóstico clínico, por imagem, laboratorial e princípios terapêuticos das doenças do sistema respiratório.	160
Bases da medicina por sistema e aparelhos: nervoso	Neurologia Clínica e Pediátrica; Neurocirurgia; Otorrinolaringologia; Patologia; Diagnóstico por Imagem	Anatomia e fisiologia funcional do sistema nervoso. Técnicas de exame neurológico. Diagnóstico sindrômico, topográfico e etiológico das doenças agudas e crônicas do sistema nervoso. Exames complementares: neurofuncionais, imagem, anatomopatológicos. Noções de abordagem cirúrgica. Introdução à farmacoterapia e terapêutica das doenças do sistema nervoso.	160
Bases da medicina por sistema e aparelhos: cárdio-circulatório	Cardiologia Clínica e Pediátrica; Cirurgia Cárdio-Vascular; Infectologia; Patologia; Anestesiologia; Diagnóstico por Imagem	Propedêutica cárdio-vascular. Diagnóstico e fisiopatologia das principais doenças cardíacas no adulto e na criança.	160
Bases da medicina por sistema e aparelhos: tegumentar	Cirurgia Plástica e Reparadora; Dermatologia; Patologia	Semiologia dermatológica. Fisiologia da cicatrização. Curativos e pequenas cirurgias. Doenças infecciosas e parasitárias em Dermatologia. Doenças inflamatórias. Tratamento clínico e cirúrgico.	160

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
Saúde integral da mulher e da criança	Pediatria; Ginecologia; Obstetrícia; Nutrição; Saúde Coletiva; Psicologia Médica	Assistência à saúde da criança, da mulher e à gestante na atenção básica à saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Doenças mais freqüentes em Pediatria. Programa de saúde da mulher. Prevenção do câncer ginecológico e de mama. Planejamento familiar. Pré-natal normal. Intercorrências mais freqüentes no pré-natal. Principais problemas nutricionais. Relação médico-paciente. A unidade básica de saúde e o SUS.	160
Clínica médica	Clínica	Doenças prevalentes do adulto. Fisiopatologia, diagnóstico, tratamento de pacientes adultos. Relação médico-paciente. O paciente e seu contexto social, cultural e familiar.	160
Doenças infecciosas	Infectologia	Interação hospedeiro-parasita. Imunizações. Principais endemias brasileiras. Anamnese e exame clínico em doenças infecciosas. Diagnóstico laboratorial. Uso de antimicrobianos. Epidemiologia hospitalar. Risco profissional. Notificação de doenças transmissíveis.	40
		TOTAL 4ª SÉRIE	1 436

QUINTA SÉRIE

Cardiologia/cirurgia cárdio-vascular	Cardiologia Clínica; Cirurgia Cárdio-vascular	Doenças cárdio-vasculares no adulto. Diagnóstico clínico e laboratorial das doenças cárdio-vasculares mais freqüentes. Tratamento das doenças do sistema cárdio-vascular.	120
Endocrinologia	Endocrinologia	Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento das principais endocrinopatias. Diabetes Mellitus. Doenças da tireóide, paratireóide e hipófise. Distúrbios metabólicos.	96
Gastroclínica/ gastrocirurgia	Gastroclínica; Gastrocirurgia	Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento de doenças do sistema digestório. Laboratório e imagenologia em gastroenterologia. Tratamento cirúrgico de afecções gastroenterológicas.	120
Hematologia	Hematologia	Síndromes anêmicas. Imunohematologia e hemoterapia. Doenças mieloproliferativas. Doenças linfoproliferativas. Coagulopatias. Transplante de medula óssea.	24
Nefrologia/urologia	Nefrologia; Urologia	Etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e terapêutica das doenças do sistema urinário. Traumas e urgências do trato urinário. Indicações cirúrgicas em doenças do trato urinário.	120

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
Neurologia clínica/ neurocirurgia	Neurologia; Neurocirurgia	Diagnóstico sindrômico, topográfico e etiológico das doenças neurológicas mais freqüentes. Exames subsidiários nas neuropatias. Tumores cerebrais. Emergências e urgências em neurologia.	120
Oftalmologia	Oftalmologia	Sinais e sintomas oculares. Diagnóstico diferencial das doenças oculares mais freqüentes. Acuidade visual de diferentes métodos. Trauma ocular. Urgências e emergências em oftalmologia. Processos oculares inflamatórios infecciosos e não infecciosos. Saúde ocular e qualidade de vida.	45
Otorrinolaringologia	Otorrinolaringologia	Doenças otorrinolaringológicas: anatomia, fisiopatologia, semiologia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamento.	75
Pneumologia/cirurgia torácica	Pneumologia; Cirurgia Torácica	Doenças pulmonares agudas e crônicas. Exames de apoio diagnóstico em pneumologia. Tratamento clínico e cirúrgico de doenças pulmonares mais freqüentes.	120
Psiquiatria	Psiquiatria	Diagnóstico e tratamento dos quadros psiquiátricos freqüentes e aspectos psicológicos de pacientes psiquiátricos e gerais.	120

Ambulatório de medicina geral e familiar	Clínica; Medicina Preventiva	Fisiopatologia, diagnóstico e conduta de doenças freqüentes do adulto. Exames subsidiários na prática clínica. Aspectos psicossociais na prática clínica. Ações preventivas, restitutivas e de promoção à saúde.	160
Ambulatório interdisciplinar de atenção ao adulto I	Clínica; Dermatologia; Ginecologia; Diagnóstico por Imagem; Psicologia Médica; Informática em Saúde	Assistência integral à saúde do adulto. Manejo (diagnóstico, tratamento, acompanhamento) de doenças prevalentes do adulto e suas intercorrências. Busca em base de dados bibliográficos. Análise crítica de artigos científicos. Telemedicina.	160
Ginecologia	Ginecologia	Saúde da Mulher. Afecções clínicas e cirúrgicas em ginecologia. Câncer de mama e ginecológico. Climatério. Reprodução humana.	160
Ginecologia/obstetrícia	Ginecologia; Obstetrícia	Fisiopatologia, diagnóstico e definição de condutas em ginecologia geral. Procedimentos e atos cirúrgicos em ginecologia e obstetrícia. Assistência ao parto normal e ao puerpério.	160
Medicina preventiva clínica	Saúde Coletiva; Geriatria	Programas de saúde pública. Doenças crônicas transmissíveis e não-transmissíveis. Atendimento ao idoso saudável e frágil. Vigilância epidemiológica. Noções de economia da saúde. Psicologia médica aplicada.	160

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
Pediatria geral e comunitária/Medicina do adolescente	Pediatria e Medicina do Adolescente; Informática em Saúde	Crescimento e desenvolvimento. Alimentação e imunizações em pediatria. Diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas prevalentes na infância e na adolescência. Programas e ações em saúde. Fatores de risco para morbi-mortalidade em pediatria.	160
		TOTAL 5ª SÉRIE (sem considerar plantões e evolução clínica nos finais de semana – carga horária global 470h)	1 920
SEXTA SÉRIE			
Ambulatório interdisciplinar de atenção ao adulto II	Clínica; Cirurgia; Ginecologia; Diagnóstico por Imagem; Psicologia Médica; Informática em Saúde	Doenças prevalentes do adulto. Tratamento e acompanhamento de doenças crônicas transmissíveis e não-transmissíveis. Aspectos psicossociais na determinação do processo saúde-doença. Campo de atuação do médico geral e do especialista.	140
Obstetrícia	Obstetrícia	Gestação de médio e alto risco. Gravidez na adolescente e na mulher com hipertensão, diabetes e cardiopatia. Exames subsidiários em obstetrícia.	140
Infectologia	Infectologia	Abordagem inicial do paciente, anamnese, fisiopatologia, diagnóstico e terapia das principais doenças infecto-contagiosas.	160

Ortopedia e traumatologia	Ortopedia e Traumatologia	Propedêutica ortopédica. Crescimento e desenvolvimento ósseo. Doenças da infância do aparelho locomotor. Traumas ortopédicos. Fraturas. Redução, alongamento e fixação externa de ossos. Tumores ósseos. Reabilitação em ortopedia. Medicina chinesa-acupuntura.	140
Pediatria	Pediatria; Pediatria Neonatal; Emergências Pediátricas; Cuidados Intensivos em Pediatria	Assistência à criança no ambiente hospitalar e em situação de urgência e emergência. Doenças freqüentes na criança que requerem internação em hospital geral. Assistência ao recém-nascido normal e patológico desde o nascimento até a alta hospitalar. Principais doenças do recém-nascido.	420
Suporte avançado de vida em cardiologia	Cardiologia	Ressuscitação cárdio-respiratória do adulto. Suporte avançado de vida no adulto. Atendimento sistematizado de emergências e urgências no adulto.	24
Anestesiologia	Anestesiologia	Cuidados pré, intra e pós-operatório. Analgesia e anestesia. Assistência ao paciente crítico. Controle da dor aguda e crônica.	105

Unidades Curriculares [Módulos]	*Áreas*	*Ementas*	*C.H. [horas]*
Cirurgia plástica	Cirurgia Plástica	Conceito, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento das doenças (agudas e crônicas) mais freqüentes de pele, tecido celular subcutâneo e o tecido conjuntivo.	53
Cirurgia vascular	Cirurgia Vascular	Conceito, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento das doenças arteriais periféricas, venosas e linfáticas, agudas e crônicas.	52
Clínica	Clínica	Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento de doenças prevalentes do adulto que requerem atendimento em hospital geral	160
Cirurgia	Cirurgia	Cuidados pré, intra e pós-operatórios em cirurgia geral. Procedimentos cirúrgicos por sistemas e aparelhos.	105
Emergências em cirurgia	Emergências Cirúrgicas	Conceito, etopatogenia, diagnóstico e conduta inicial nas urgências e emergências cirúrgicas.	105
Medicina de urgência	Emergências Clínicas	Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento de doenças do adulto em serviço de emergência. Exames laboratoriais e de imagem	160
		TOTAL 6ª SÉRIE (sem considerar plantões e evolução clínica nos finais de semana – carga horária global 470h)	1 764
		TOTAL DO CURSO	8 881

QUADRO 2. Relação de disciplinas eletivas de 2007 e respectivas cargas horárias

Disciplinas Eletivas – 1º semestre	*C.H.*
Atividade Física, Exercício Físico e os Aspectos Psicobiológicos	32
Cuidados Paliativos	32
Desnutrição e Recuperação Nutricional: Trabalho junto à Comunidade	32
Fundamentos de Gestão e Economia para o Profissional de Saúde	32
História da Medicina	32
Medicina Esportiva	32
Medicina Laboratorial	32
Modelos Experimentais para Medicina: Mutantes e Transgênicos	32
Prevenção das Doenças Crônicas do Adulto na Infância	32
Procedimentos Básicos em Urologia	32
Terapia Gênica e Celular	32
Traumatologia do Esporte	32
Acupuntura	16
Acupuntura e Medicina Antroposófica em Obstetricia	16
Autogestão da Carreira Médica	16
Comportamento e Saúde: uma Introdução à Medicina Comportamental	16
Endocrinologia da Infância e Adolescência	16
Engenharia Tecidual	16
Esquizofrenia – Ampliando Conceitos	16
Atualização em Doenças Neurodegenerativas	16
Princípios Ópticos e Físicos da Endoscopia Digestiva Moderna	16
Sexualidade Humana	16
Tabagismo	16
Fisiologia Renal e Termometabologia	16
Fitoterapia, Alimentos Funcionais, Radicais Livres e Doenças Oxidativas	16
Intervenção Breve para Usuários de Álcool e outras Drogas	16
Introdução à Ortopedia Pediátrica e Alterações Posturais na Infância	16
Noções Básicas de Medicina Fetal	16

Oncologia Pediátrica	16
Prática em Saúde Digital	16
Radioterapia e Radiobiologia	16
Uso de Drogas em Diferentes Contextos Sócio-culturais	16

Disciplinas Eletivas – 2º semestre	*C.H.*
Construção de Banco de Dados com Informações de Saúde	16
Estresse Oxidativo em Modelos Experimentais de Doenças Inflamatórias e Cardiovasculares	16
Caleidoscorpos: Corpos que Sentem e se Expressam	16
Abordagens do Conhecimento: Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade	16
Linfonodo Sentinela	16
Qualidade de Vida em Obstetrícia	16
Cuidados com Ferida Operatória	16
Estresse Oxidativo. Doenças e Envelhecimento.	16
Ultra-sonografia em Obstetrícia	16
Cidadania e Acolhimento em Saúde – Visão Interdisciplinar	16
Reabilitação nas Grandes Incapacidades	16
Radioterapia e Radiobiologia	16
Temas Práticos de Fisiologia Renal e Termometabologia	16
Estrutura Função e Inter-relação dos Tecidos Epitelial e Conjuntivo	16
Eletrocardiografia na Prática Médica	16
Metodologia para Solução Criativa de Problemas	16
Esquizofrenia	16
Semiologia Avançada em Cardiologia	32
Tanatologia – Estudo da Morte	32
Curso Teórico e Prático em Medicina e Biologia do Sono	32
Introdução à Sexologia Educacional	32
Intervenções de Enfermagem no Paciente com Distúrbios Neurológicos	32
Curso de Tratamento dos Distúrbios do Sono	32

Desnutrição e Recuperação Nutricional – Trabalho junto à Comunidade	32
Atividades Educativas na Doença Crônica	32
Saber Cuidar: Ensinando Saúde Coletiva – Aprendendo Cidadania	32
Medicina Perinatal Baseada em Evidências	32
Oficina de Auto-Estima	32
Espiritualidade e Medicina	32

1ª Série

Nesta série há sete unidades curriculares. Uma dessas unidades, introduzida a partir de 2003 como uma das novas unidades curriculares previstas no Promed – Observação de Práticas Médicas –, tem proporcionado ao aluno a oportunidade de observar diferentes possibilidades de atuação profissional e discuti-las considerando aspectos diversos: a organização do sistema de saúde, a relação médico/paciente, suas emoções e angústias, a vida e a morte. O fato de o módulo Observação de práticas médicas integrar professores e profissionais de áreas diversas (Saúde Coletiva Psicologia Médica, Clínica, Pediatria, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Ciências Biológicas) constitui a essência desta unidade, proporcionando, sobretudo, integração entre docentes e intenso crescimento do grupo envolvido. No 2º semestre desta série, a Psicologia médica 1 garante continuidade na discussão e aprofundamento de aspectos e questões levantadas a partir das observações das práticas médicas, agora mais elaboradas e subsidiadas conceitualmente, em especial, no que se refere às relações humanas e ao conhecer pessoas (Marco, 2007).

Duas outras unidades com maior carga horária – Bases morfológicas da medicina e Organização funcional do corpo humano – são desenvolvidas durante todo o ano (1º e 2º semestres) e são abordados conteúdos das áreas biológicas de forma integrada por sistemas e aparelhos. O desenvolvimento dessas unidades é articulado de tal

forma que as bases morfológicas de um determinado aparelho/sistema são abordadas simultaneamente à organização funcional desse mesmo aparelho/sistema. Logo, no planejamento são considerados os conteúdos semana a semana. Com o objetivo de permitir ao aluno uma aproximação com a clínica e compreender a aplicabilidade desse conhecimento para o desempenho profissional são realizados seminários e discussões de casos clínicos. Para o preparo desses seminários o aluno é estimulado a procurar professores da respectiva área (Clínica, Cirurgia, Ginecologia, entre outros), apresentando, sempre que possível, casos ou situações vivenciadas nos serviços de saúde. Esta aproximação é extremamente facilitada pela proximidade física dos departamentos das áreas biológicas (na Unifesp esses departamentos encontram-se no mesmo *campus* do hospital e demais departamentos das áreas profissionais) e pelo desenvolvimento simultâneo das unidades curriculares que aproximam os alunos dos serviços de saúde e professores das áreas clínicas (Observação de práticas médicas, Introdução às técnicas básicas, Saúde coletiva: políticas de saúde no Brasil e o SUS). Alguns exemplos de temas abordados relacionados ao conteúdo dos módulos das áreas biológicas: reprodução assistida, anticoncepção, hidrocefalia, defeitos do fechamento da parede abdominal, megacolo congênito, erros inatos do metabolismo, obesidade, diabetes. Na dependência do tema, na apresentação dos seminários tem-se buscado a participação de professores de diferentes áreas – Anatomia, Histologia, Bioquímica, Biologia do Desenvolvimento e professores convidados da Clínica e Cirurgia.

As unidades curriculares – Suporte básico de vida/Primeiros socorros e Introdução às técnicas básicas nos cuidados em saúde – têm o objetivo de introduzir o aluno e capacitá-lo para realização de alguns procedimentos relacionados aos cuidados de saúde. Essas unidades despertam grande interesse e colocam o aluno mais próximo de prática profissional. Na unidade de Introdução às técnicas básicas aos cuidados de saúde os alunos têm, ainda, a possibilidade de

atuar em unidades básicas e realizar atendimento de pacientes (sinais vitais, curativos, aplicação de medicamentos), sempre sob supervisão docente, de tal forma que ele tem a oportunidade de vivenciar situações de aprendizado relacionadas à assistência às pessoas e ao trabalho em equipe – como se relacionar, como se dirigir ao paciente, como orientar. Deve-se destacar que, simultaneamente, questões como relações entre pessoas, sofrimento, papel profissional, estão sendo abordadas na Psicologia médica I, tornando essas vivências bastante enriquecedoras. Ao mesmo tempo, a unidade curricular – Saúde coletiva: políticas de saúde no Brasil e o SUS – procura ampliar a visão do aluno em relação ao papel e atribuições dos serviços públicos, contextualizando, politicamente, o papel da unidade na qual ele está atuando. Essa unidade curricular vem apresentando mudanças desde sua implantação em 1999 e, a partir de 2007, conta com importante reformulação buscando maior vinculação dos alunos/unidade básica, continuidade e integração com a equipe de saúde dos serviços de saúde. Essa reformulação inclui a integração com demais áreas do campo da saúde coletiva – Epidemiologia, Bioestatística, Sociologia Médica.

2ª Série

Nesta série, constituída por dez unidades curriculares, há uma ampliação das atividades práticas junto aos pacientes – Educação e comunicação na prática do médico, Psicologia médica II, Semiologia integrada por ciclos de vida. Com esta última unidade, foi introduzido o ensino da propedêutica com foco na anamnese, desenvolvida por professores da psicologia médica e das áreas clínicas correspondentes, buscando romper com a dicotomia corpo/mente, freqüentemente acentuada durante o aprendizado da semiologia. Mais uma vez, em todas essas unidades há necessidade de articulação entre professores de diferentes áreas e vivências nos serviços de saúde, o que tem pro-

porcionado crescente processo de integração entre disciplinas e departamentos, favorecendo as mudanças e o aprimoramento curricular. A unidade curricular – Atendimento pré-hospitalar ao trauma – foi introduzida em 2004, como continuidade ao ensino da emergência iniciado na 1ª série, situação esta de grande relevância e presente em regiões metropolitanas, despertando grande interesse dos alunos.

As unidades de epidemiologia, bioestatística e sociologia médica encontram-se em processo de reformulação e passam a integrar o módulo da 1ª série (em 2007), com continuidade na 2ª série (2008) e no decorrer do curso, incluindo o Internato. Como componente essencial dessa reformulação, os estudantes deverão desenvolver atividades práticas nas unidades básicas de saúde, buscando garantir vínculo ao serviço de saúde e à equipe.

A unidade curricular – Bases moleculares e celulares da medicina – com maior carga horária desta série, desenvolve-se articuladamente e integradamente, buscando sempre estabelecer relações entre as áreas envolvidas (Microbiologia, Imunologia, Parasitologia e Biologia Molecular), o que inclui a avaliação. Esta ocorre de forma contínua no decorrer do módulo, o qual se desenvolve no 1º semestre. A abordagem de temas clínicos tem sido progressivamente introduzida, destacando-se os seminários preparados e apresentados pelos alunos, abordando e estabelecendo relações entre os conteúdos de todas as disciplinas participantes da unidade curricular. Alguns exemplos de temas abordados: envelhecimento, angiogênese, malária, tuberculose, sepse, lupus eritematoso sistêmico, diabetes.

A Anatomia patológica aborda, nesse momento, os fundamentos da área, os quais irão subsidiar toda a compreensão dos processos patológicos. A Psicobiologia e a Farmacologia não estão organizadas e integradas a módulos e tem sido discutida a possibilidade de parte de seus conteúdos se articularem em séries com maior atuação clínica, sobretudo no que se refere à farmacologia.

3ª Série

Nesta série, constituída por treze unidades curriculares, há predomínio de atividades práticas de assistência a pacientes, com destaque à unidade curricular de Semiologia humana. Esta unidade, desde sua criação no atual formato envolvendo seis disciplinas (1999), tem buscado vencer dois grandes desafios: 1) integrar diferentes disciplinas e departamentos separados do ponto de vista administrativo e 2) agregar, formar um grupo de professores comprometidos com o ensino da propedêutica, na medida em que a escola médica, hoje, tem sua estrutura embasada nas especialidades e o ensino da semiologia requer uma abordagem e conhecimento global, representando, portanto, uma atuação do professor para além da sua prática, prioritariamente inserida nas disciplinas e com foco na especialidade. Esse processo de construção de um pensar mais articulado incluiu a realização de seminários, elaboração conjunta de material didático, elaboração de roteiro e critérios mais uniformes e sistematizados de avaliação, interação com as especialidades clínicas e pediátricas visando a estabelecer uma linguagem comum. Requer encontros e reprogramação de forma continuada. A Anatomia topográfica, hoje não integrada a este módulo, é uma das unidades curriculares, juntamente com a Técnica operatória, que poderiam se articular e contribuir no processo de ensino-aprendizagem da semiologia. Estas duas unidades mantêm expressiva atividade prática e proximidade com as áreas clínicas.

A Genética médica, embora não integrada a módulo, apresenta importante componente clínico e por esse motivo se desenvolve nessa série, em que os alunos têm maior domínio da semiologia. A Epidemiologia deverá se inserir na reformulação da Saúde coletiva como um todo. A Bioética, Doenças infecciosas e Fundamentos em oncologia são unidades curriculares com grande potencial de integração – com áreas clínicas e biológicas, processo a ser desencadeado proximamente.

A partir do 2º semestre da 3ª série, têm início os módulos integrados por sistemas e aparelhos que se mantêm até o final da 4ª série. Com duração entre quatro e cinco semanas, esses módulos integram as seguintes áreas: Clínica do adulto e pediátrica, Cirurgia do adulto e pediátrica, Diagnóstico por Imagem e laboratorial e Anatomia Patológica. Na 3ª série, os alunos estão divididos em grupos de 25 e, na 4ª série, em grupos de quinze alunos. Esse formato permite o desenvolvimento de atividades práticas, a diversificação de cenários e utilização de técnicas de ensino-aprendizagem que instigam o aluno na busca de informações. Essas técnicas, dentre elas a aprendizagem baseada em problemas, mapas conceituais, têm sido utilizadas de forma diversificada nos módulos. Quanto aos cenários – unidades básicas de saúde, laboratório de habilidades –, sua utilização constitui um processo de aprendizagem também para o professor e isso vem ocorrendo progressivamente, desde a criação do laboratório de habilidades da Unifesp em 2002.

Dois módulos da 4ª série apresentam uma abordagem geral (não por sistemas e aparelhos) – Atenção integral à saúde da mulher e da criança e Clínica médica. A Atenção integral à saúde da mulher e da criança agrega as seguintes áreas: Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Psicologia Médica, Nutrição e Saúde Coletiva/Ciências Humanas. Tem como objetivo principal a inserção do aluno na atenção básica nas áreas de atenção à mulher, gestante e criança. As atividades práticas são desenvolvidas em uma unidade da Secretaria de Estado da Saúde – CS Lívio Amato-Vila Mariana – que apresenta característica mista: ambulatório de especialidades e unidade de atenção básica à saúde. Nos anos de 1998 e 1999, foi desenvolvida, também, assistência ao adulto como parte das atividades práticas do módulo de Clínica médica, permitindo, assim, uma discussão mais ampla referente ao papel e inserção no sistema de saúde desse nível de atenção em todas as áreas. Posteriormente, algumas dificuldades restringiram essas ações no CS Lívio Amato-Vila Mariana à assistência à mulher, gestante e criança. O módulo de Clínica médica tem mantido sua atuação na

Enfermaria do Hospital São Paulo (HSP), na qual cada aluno é responsável por um leito, sob supervisão docente, cumprindo programação de visitas, discussões de caso e seminários.

Algumas unidades curriculares dessa série permanecem como disciplinas isoladas, com carga horária prática reduzida, quer por sua característica, especificidade, ou por dificuldades de inserção nos módulos constituídos. As oficinas, seminários e a discussão sobre a avaliação, incluindo a prova de progresso e habilidades e atitudes, constituem subsídios visando a contribuir para o processo de aprimoramento dessas unidades de tal forma que possam se aproximar mais das diretrizes estabelecidas para o projeto pedagógico do curso como um todo.

No Internato, 5ª e 6ª séries, predominam as atividades práticas, assumindo o estudante a responsabilidade da assistência direta ao paciente, sempre sob supervisão docente ou de profissionais preparados e designados para esta função de preceptoria. Assim, são desenvolvidas atividades em ambulatórios gerais e de especialidades, em enfermarias, prontos-socorros, sala de parto, centros cirúrgicos do hospital universitário e de hospital geral (nível secundário) do município de São Paulo (Hospital Municipal Vereador José Storopolli-Vila Maria). São também desenvolvidas atividades em unidades básicas de saúde do município do Embu, no CS Lívio Amato-Vila Mariana e, neste ano de 2007, em unidades básicas de saúde do município de São Paulo. Na 5ª série, um semestre concentra módulos de especialidades clínicas e cirúrgicas com atividades desenvolvidas no hospital universitário, em sua maioria integradas (exemplo: nefrologia e urologia, gastroclínica e gastrocirurgia). Outro semestre está constituído por módulos de áreas gerais desenvolvidas em unidades básicas de saúde, ambulatórios gerais e multidisciplinares do HSP e no Hospital Vereador José Storopolli – Pediatria geral, ambulatório geral e familiar, Ginecologia, Obstetrícia, como exemplos. Na 6ª série, estão incluídos predominantemente os estágios de emergências e de enfermarias gerais, estas desenvolvidas também no Hospital Vereador José Storopolli – Clí-

nica, Cirurgia, Pediatria, além de algumas especialidades. A crescente especialização e a criação de diferentes serviços exerce sempre uma forte influência sobre o currículo, sobretudo no Internato, gerando intensa discussão junto aos gestores do curso.

A GESTÃO DO CURSO DE MEDICINA NA UNIFESP

A Comissão do Curso de Medicina está constituída por treze docentes (um deles é o diretor acadêmico do curso) e três estudantes. São quatro professores das 1ª e 2ª séries, quatro professores das 3ª e 4ª séries e quatro professores do Internato (5ª e 6ª séries). O mandato de cada docente é de dois anos, permitida uma recondução consecutiva, sendo eleito entre seus pares, membros da Sub-comissão correspondente (1ª e 2ª, 3ª e 4ª e Internato). Cada sub-comissão está constituída pelos coordenadores de unidades curriculares e de representantes de cada uma das disciplinas que desenvolvem atividades no curso, nas séries correspondentes. O diretor acadêmico é escolhido pelo pró-reitor de graduação a partir de uma lista tríplice de docentes membros da Comissão do Curso e eleitos pela referida comissão. O mandato é de dois anos e é permitida uma única recondução consecutiva. A Comissão de Curso conta com comissões assessoras permanentes para o desenvolvimento de suas atividades: comissão de disciplinas eletivas, comissão da prova do progresso e comissão da prova de habilidades e atitudes e, sempre que necessário, são constituídas comissões ou grupos de trabalho temporários.

A AVALIAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIFESP

As mudanças curriculares mais significativas do curso de Medicina sempre foram precedidas de processos avaliativos. Em 2001, ano de

edição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, iniciava-se na Unifesp-EPM um amplo processo de avaliação do Curso Médico, tendo como foco principal as mudanças decorrentes da implantação do Currículo Nuclear em 1997. Com a aprovação do Promed, em 2002, e a complexidade inerente às novas atividades/módulos, a necessidade de acompanhamento e de um processo continuado de avaliação se estabelece definitivamente na instituição. Os acertos necessários e o aprimoramento das atividades se tornaram mais dinâmicos de forma que os módulos deixaram de constituir um currículo rígido, mas sim um caminho, permitindo o re-planejamento ano a ano. A definição de competências – conhecimento, habilidades e atitudes profissionais –, bem como a capacidade para o aprendizado permanente, exigem um novo formato de avaliação, o qual deverá incluir esses componentes. Algumas experiências, sobretudo no que se refere às habilidades e atitudes, vêm sendo adotadas por outras escolas médicas (Troncon, 1996; 2004; Ward, 2005). Nesse novo cenário a avaliação tornou-se mais complexa, aceitando-se que ela deva fazer parte do processo de ensino-aprendizagem. Além disso, as evidências em pesquisa educacional sugerem que devem ser considerados vários métodos para a avaliação e sua validade está cada vez mais relacionada com sua autenticidade e inserção na prática cotidiana (Silva, 2005). São descritas, a seguir, as estratégias de avaliação implantadas para o Curso Médico da Unifesp – a avaliação do curso pelos estudantes e a avaliação dos estudantes.

A Avaliação do Curso pelos Estudantes
Avaliação das Unidades Curriculares/Disciplinas

Em 1992, a Comissão de Internato iniciou um processo de avaliação de estágios por meio de um instrumento, o qual incluía itens relacionados ao estágio propriamente dito (adequação de atividades em

relação aos objetivos do curso, carga horária), aos docentes (pontualidade, qualidade das aulas/orientações), à estrutura de ensino (salas de aula, laboratórios, consultórios, enfermarias, exames subsidiários) e auto-avaliação. Esse instrumento foi expandido com adaptações para as demais séries e, posteriormente, para todos os cursos. Foi criada uma comissão de avaliação para sua condução e aplicação do instrumento no final das disciplinas/estágios, por amostragem. Em 2000, foi implantado o sistema *on-line*, facilitando a sua operacionalização. Têm sido gerados relatórios, que são discutidos e analisados pelos gestores de curso (comissões e sub-comissões) e encaminhados também às chefias de departamentos, disciplinas e coordenadores das unidades curriculares.

A Avaliação do Curso e do Estudante de Medicina
A Prova do Progresso e a Avaliação de Habilidades e Atitudes

A Prova do Progresso foi implantada na Unifesp no ano de 1997 (Borges & Stella, 1999). A partir de 2003, uma comissão assessora da Comissão do Curso Médico (CCM), constituída por representantes docentes de departamentos de grandes áreas e de departamentos das áreas biológicas – Pediatria, Clínica, Ginecologia, Obstetrícia, Medicina Preventiva, Cirurgia, Psiquiatria e Biológicas – passou a coordenar a elaboração, a aplicação e a análise desses dados. Seus resultados têm sido discutidos na CCM e sub-comissões e nos departamentos acadêmicos, trazendo subsídios para o aprimoramento do curso. Desde 2005, a Unifesp passou a integrar o Núcleo Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico, integrado por escolas médicas do Estado de São Paulo e Santa Catarina. Esse núcleo tem realizado uma prova de progresso única, elaborada e analisada em conjunto e contribuiu para o aprimoramento do processo de avaliação na instituição. Alguns desafios, em ambos os processos, ainda não foram superados, destacando-se a pouca participação dos estu-

dantes das primeiras séries dos cursos, a devolutiva para o estudante, o envolvimento mais amplo dos docentes que atuam no curso na discussão dos resultados dessa prova.

Com o objetivo de avançar no processo de avaliação do Curso de Medicina e considerando o momento de profundas discussões em relação à formação do médico, em 2005 foi criada a Comissão de Avaliação de Habilidades e Atitudes, constituída por docentes representantes de departamentos de grandes áreas e/ou com interface com as mesmas – Clínica, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Cirurgia, Ortopedia, Saúde Coletiva e Psiquiatria. Precedendo a realização dessa primeira experiência, foi organizado um seminário sobre avaliação de competências, foram discutidos artigos e documentos sobre o tema, realizadas visitas a instituições que já realizavam avaliação de habilidades e atitudes, e houve ainda um incentivo à participação de professores nos eventos regionais e nacionais de educação médica que têm abordado a questão da avaliação.

Em novembro de 2006 foi realizada a primeira prova da Unifesp dirigida aos estudantes de 5ª série, visando à possibilidade de recuperação para alunos que apresentassem dificuldades. A elaboração dessa prova exigiu a definição de competências por grande área em reuniões realizadas junto aos respectivos departamentos – Pediatria, Clínica, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia e Saúde Coletiva, definindo-se que a Psicologia Médica e a Saúde Coletiva deveriam integrar-se com as demais áreas nesta primeira experiência de aplicação da prova. Posteriormente, devido ao processo de discussão interna no Departamento de Medicina Preventiva, decidiu-se aprofundar essa discussão em relação à saúde coletiva para o próximo ano. A prova constou de dois momentos: 1) nas enfermarias do HSP, com pacientes internados e a avaliação realizada mediante um roteiro de observação elaborado por docentes dos departamentos de medicina e cirurgia. Participaram 54 professores (um a dois estudantes por professor) e foram avaliadas competências da área clínica de adulto; 2) estruturado em estações

(bonecos, atores e atrizes), foram avaliadas competências das áreas de Pediatria, Ginecologia, Cirurgia e Obstetrícia. Participaram 38 professores, 27 profissionais técnico-administrativos (atores, atrizes, apoio) e cinco residentes, num total de setenta pessoas. Houve grande receptividade dos estudantes e a devolutiva para os estudantes constou da apresentação pelos professores de cada questão da prova, principais dificuldades e acertos. Foram identificados pontos para seu aprimoramento, porém seus resultados chamaram a atenção de docentes em relação à necessidade de avaliação prática sistematizada no decorrer do curso, sobretudo na unidade curricular Semiologia humana e nos estágios do Internato, além de favorecer o constante processo de definição de competências de cada área e, conseqüentemente, reprogramação dos estágios.

O CURRÍCULO DE MEDICINA DA UNIFESP UM PROCESSO DE PERMANENTE CONSTRUÇÃO

O currículo do curso de Medicina da Unifesp tem sido continuadamente avaliado e aprimorado. Nos últimos anos, ficou claro para o corpo docente que as mudanças são necessárias e que um currículo rígido não tem mais lugar no atual momento, considerando os avanços tecnológicos da área, o atual sistema de saúde, seu dinamismo e as conquistas de nossa sociedade, notadamente a saúde como direito e o controle social. A possibilidade de o estudante buscar conhecimento e se inserir em diferentes projetos – pesquisa, assistência e extensão – enriquecem a sua formação e favorecem vivências que certamente deverão influenciar escolhas e desempenho profissional.

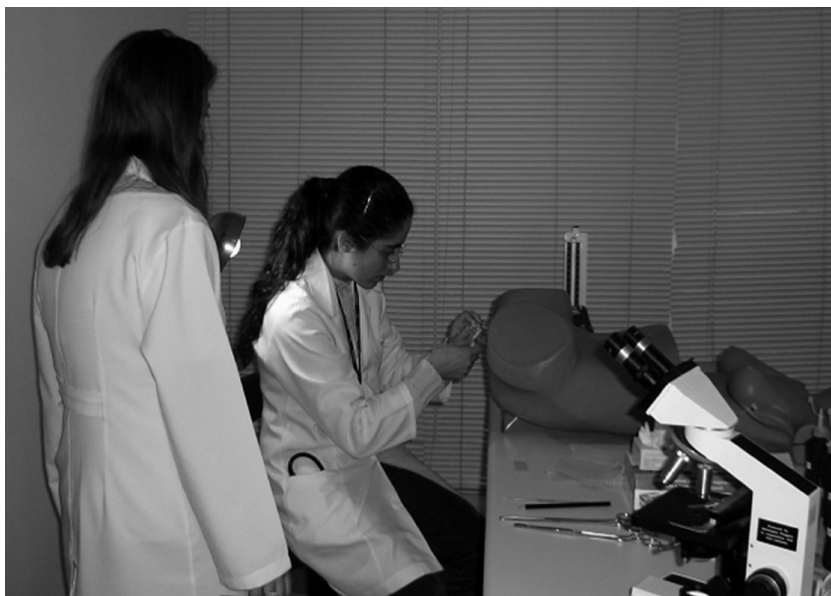



FIGURA 1. Prova de Ginecologia, 2006.

FIGURA 2. Prova de Pediatria, 2006.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. 2001. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Resolução CNE/CES nº 4. Brasília (DF), 4 nov.

Brasil. 2002. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – Promed. Portaria Interministerial nº 610. Brasília (DF), 26 mar.

Borges, D. R. & Stella, R. C. R. 1999. "Avaliação do Ensino de Medicina na Universidade Federal de São Paulo". *Rev. Bras. Educ. Med.*, 23, pp. 11-17.

Chaves, M. & Rosa, A. R. 1990. *Educação Médica nas Américas: o Desafio dos Anos 90.* São Paulo, Cortez Editora.

Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). 2000. *Preparando a Transformação da Educação Médica: Relatório 1999-2000.*

Feuerwerker, L. C. M. 2006. "O Movimento Mundial de Educação Médica: As Conferências de Edimburgh". *Cadernos da ABEM: Coletânea de Artigos Originais e Publicados nos Boletins Informativos da ABEM,* 2, pp. 30-38.

Marco, M. A. 2007. *A Face Humana da Medicina – do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial.* 2ª ed., São Paulo, Casa do Psicólogo.

Silva, F. A. M. 2005. "Desafios para 2006 no Campo da Avaliação das Escolas Médicas". *Rev. Bras. Educ. Med.*, 29, pp. 159-160.

Siqueira, B. P. 2006. "Cinaem – um Pouco de História". *Cadernos da ABEM: Coletânea de Artigos Originais e Publicados nos Boletins Informativos da ABEM,* 2, pp. 54-56.

Stella, R. C. R. & Campos, J. J. B. 2006. "Histórico da Construção das Diretrizes Curriculares na Graduação em Medicina no Brasil". *Cadernos da ABEM: Coletânea de Artigos Originais e Publicados nos Boletins Informativos da ABEM,* 2, pp. 73-77.

Troncon, L. E. A.; Foss, N. T. & Voltarelli, J. C. 1996. "Avaliação de Habilidades Clínicas por Exame Objetivo Estruturado por Estações, com

Emprego de Pacientes Padronizados: uma Aplicação no Brasil". *Rev. Bras. Educ. Méd.*, 20, pp. 53-60.

Troncon, L. E. A. 2004. "Clinical Skills Assessment: Limitations of an OSCE (Objective Structures Clinical Examination) in a Traditional Brazilian Medical School". *Med. J.*, São Paulo, 122, pp. 12-17.

Ward, L. S.; Wanderley, J. S. & Alegre, S. M. 2005. "Implantação de um Sistema de Avaliação Estruturada de Performance em Escola Médica: Resultados do Projeto-piloto". *Rev. Bras. Educ. Méd.*, 29, pp. 174-178.

World Federation of Medical Education. 1988. *World Conference on Medical Education Report*. Edimburgh.

6

Módulo: Observação de Práticas Médicas

Julieta Freitas Ramalho da Silva,
Paulo Schor, Maysa Seabra Cendoroglo
e Rudolf Wechsler

INTRODUÇÃO

O Módulo Observação de Práticas Médicas (OPM) constui uma inovação no currículo médico da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e foi implantado em 2003. Como o próprio nome pontua, trata-se de uma filosofia de ensino baseada no contato dos estudantes de medicina com a prática e a realidade da atuação médica, desde o início de sua formação, respeitando as características tanto da instituição (campo físico de tal experiência) como as peculiaridades do campo emocional dos estudantes e pacientes.

Desde o início, o principal objetivo do módulo foi a aproximação progressiva do estudante de medicina à prática médica. Isso permite que o estudante recém-chegado à Universidade possa conhecer os diversos cenários da prática médica na instituição e nos serviços externos a ela, bem como observar a realidade da medicina, por meio do campo de interação professores-estudantes, e também

médico-paciente. Assim, a medicina idealizada é confrontada desde os primeiros momentos com a realidade da medicina vivenciada no hospital universitário e em outros cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma decorrência desse programa, que acabou se mostrando como objetivo geral, foi a integração nos diversos níveis de conhecimento e experiência: biológico, psicológico e social, desde o início da formação médica, o que pôde auxiliar na internalização, pelo estudante, da concepção humanista da medicina. Secundariamente foi observado que a interdisciplinaridade do programa contribuiu para uma aproximação efetiva entre os vários docentes participantes.

PROGRAMA

O módulo inicia com a realização de um sociodrama, durante a semana do calouro, com o objetivo de levantar o perfil do estudante-calouro, suas expectativas, fantasias, medos e desejos. Essa atividade também aborda o papel do estudante ingressante do curso de Medicina e favorece a integração desse novo grupo no espaço físico da universidade.

O curso tem a duração aproximada de quatro meses, contando com quatro visitas a cenários, quatro discussões e quatro reuniões entre docentes. Sua carga horária total é de 32 horas/aluno.

Na seqüência, durante o 1º semestre do primeiro ano, os estudantes, em duplas, são OBSERVADORES de vários cenários de prática médica em que se realizam atendimentos aos pacientes. É muito importante enfatizar que não há uma exposição “selvagem” do estudante às situações médicas, muito menos é exigida a realização de qualquer procedimento médico. Há professores designados previamente pelos serviços ou pela coordenação do curso para acompanhá-los. Caso uma situação se mostre mais difícil ou angustiante, como já ocorreu algumas vezes,

os professores são responsáveis por acolher o estudante nesse momento e depois continuar a discussão com os grupos maiores.

Os cenários visitados pelos estudantes incluem:

a. Centros obstétricos: Hospital São Paulo – Hospital Vereador José Storopolli/Vila Maria, Hospital Pirajussara, Hospital de Diadema.
b. Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PSF): UBS Prof. Milton Santos, UBS Cupecê/Dr. Waldomiro Pregnolatto, UBS Americanópolis, UBS Dr. Geraldo da Silva Ferreira, UBS Vila Clara, PSF/UBS Jd. Lourdes, UBS Aurélio Melloni/São Savério, UBS Maristela, UBS Parque Bristol, UBS Vila das Mercês, UBS Sacomã, UBS Jd. Seckler.
c. Hospital São Paulo I (urgências, enfermarias, UTI e centros cirúrgicos): PS Pediatria; PS Cirurgia, PS Clínica, Otorrinolaringologia/Ambulatório, UTI Unidade Cardiologia/Enfermaria, Laboratório Clínico, Ambulatório de Genética Médica, Geriatria/Ambulatório.
d. Hospital São Paulo II (ambulatórios de especialidade, exames e laboratórios): Instituto de Oncologia Pediátrica IOP, Ressonância Magnética; Radiologia Vascular, Endoscopia Digestiva, Hematologia/Coagulação, Oftalmologia, Casa da Cirurgia de Mão, Casa da Cirurgia Plástica, Anestesia (incluso em 2007), Centro Cirúrgico, Laboratório de Liquor.

A observação é realizada por uma manhã ao mês, durante quatro horas. Na semana seguinte os estudantes, divididos em quatro turmas de trinta, encontram-se com os professores de seu grupo para discussão das experiências. O grupo de professores é sempre o mesmo nas quatro discussões dos diferentes cenários, de modo que cada subgrupo mantenha o vínculo e o aprofundamento das discussões.

Os professores para cada subgrupo são em número de cinco a oito, de especialidades diferentes: Clínica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Psicologia Médica, Medicina Preventiva e cadeiras básicas (Anatomia, Fisiologia, Bioquímica etc.). Há um terceiro mo-

FIGURA 1. Pronto-socorro do Hospital São Paulo.

FIGURA 2. Consulta médica em unidade básica de saúde.

FIGURA 3. Cirurgia na Casa da Mão, Departamento de Ortopedia.

mento de reunião aberta a todos os professores que participaram das discussões e observações com a finalidade de troca das experiências, homogeneização do aprendizado, elaboração do ensino e avaliação das atividades nos cenários e nas discussões.

Por se tratar de atividade predominantemente grupal, julgamos sempre pertinente a utilização de um espaço físico onde não haja separação formal de docentes e discentes, diferente dos anfiteatros clássicos.

A AVALIAÇÃO

As avaliações são realizadas por relatórios escritos pelos estudantes, a cada observação e discussão. Em todos os relatórios é feita uma avaliação qualitativa (podendo ser identificadas unidades de contexto, unidades de registro e categorias de análise) e também é dada uma

pontuação segundo a freqüência, desenvolvimento e conteúdo apresentado. O primeiro relatório é descritivo e pode receber uma pontuação máxima de cinco pontos (dois pontos pela freqüência e três pontos pelo desenvolvimento e conteúdo). O segundo relatório é reflexivo, também com pontuação máxima de cinco pontos (dois pontos pela freqüência e três pontos pelo desenvolvimento e conteúdo). No término do programa, procede-se a uma média final a partir dos quatro relatórios da observação e dos quatro relatórios da discussão.

O primeiro relatório deve ser realizado após a atividade de observação e é composto de duas partes: na primeira, o estudante descreve as suas impressões quanto à estrutura do cenário visitado, atividades desenvolvidas, e, principalmente, suas considerações a respeito de si mesmo, das relações entre os profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes. Na segunda parte, o estudante comenta a entrevista que realiza com um médico do cenário visitado, com ênfase na trajetória profissional e na capacidade de conciliação de interesses pessoais com os profissionais. Os relatórios seguem um modelo entregue previamente aos estudantes quando do início do curso.

O segundo relatório é realizado aos quarenta minutos finais do período de discussão. Os estudantes são estimulados a refletir e se expressar em grupo e individualmente, tanto na discussão como ao escrever o relatório.

Os relatórios, da observação (descritivo) e da discussão (reflexivo), são entregues para avaliação dos professores, os quais, após leitura, independentemente da sua formação profissional, tecem comentários a respeito do trabalho, que é devolvido para leitura do estudante, na discussão subseqüente.

A título de exemplo, apresentamos alguns trechos de unidades de contexto formuladas pelos estudantes:

> [...] grande expectativa ao passar por cada porta e ver se as coisas eram realmente do jeito que eu imaginava ou assistia na televisão. Mas ao mesmo tempo

estava sempre pensando se eu realmente conseguiria trabalhar num ambiente no qual teria que encarar diariamente o olhar de tanta gente desesperada.

[...] ao vivermos em um mundo carente de apoio social, o médico, nesse ponto da discussão, parece surgir como um Deus perante o paciente, e a situação não é essa.

[...] mas eu quis tentar quebrar essa visão idealizada de que o médico é um Deus e que ele pode tudo.

[...] parece que o profissional terá que ser super! Muito humano e superar tudo!... não devo... não devemos.

[...] há muitos casos específicos nos quais percebi que não existe um medicamento perfeito para solucionar a enfermidade.

[...] pude ver de perto a enorme confiança que eles depositam no médico.

[...] a minha expectativa é sempre a de poder ajudar a todos... porém, muitas vezes, essa expectativa vai além das minhas possibilidades, causando uma frustração.

[...] o clima geral no hospital é de medo e sofrimento, tanto dos pacientes quanto dos médicos.

[...] o principal medo que tive foi quanto ao envolvimento emocional em situações de enfermidades agravadas pelas desigualdades no Brasil.

[...] situações como o controle de sentimentos são difíceis de serem contidas.

[...] o envolvimento com o doente levanta perguntas de análise complexa... podemos melhorá-lo?

[...] cada caso era discutido... esta equipe elaborava um diagnóstico... um processo longo e constrangedor para pacientes e familiares.

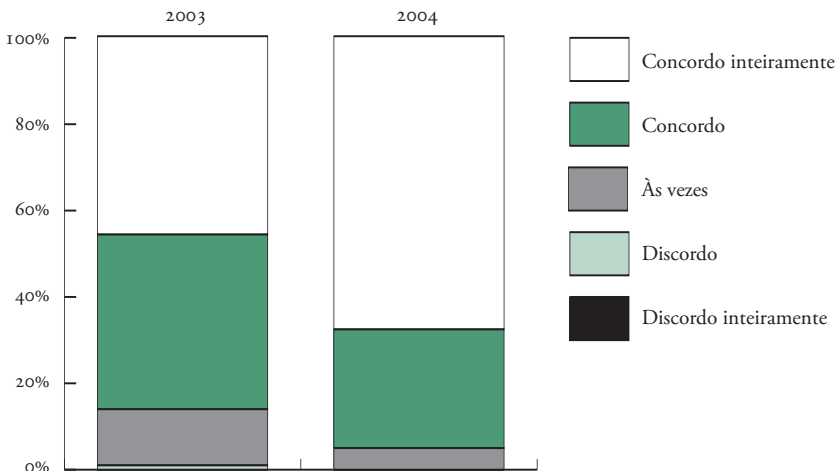
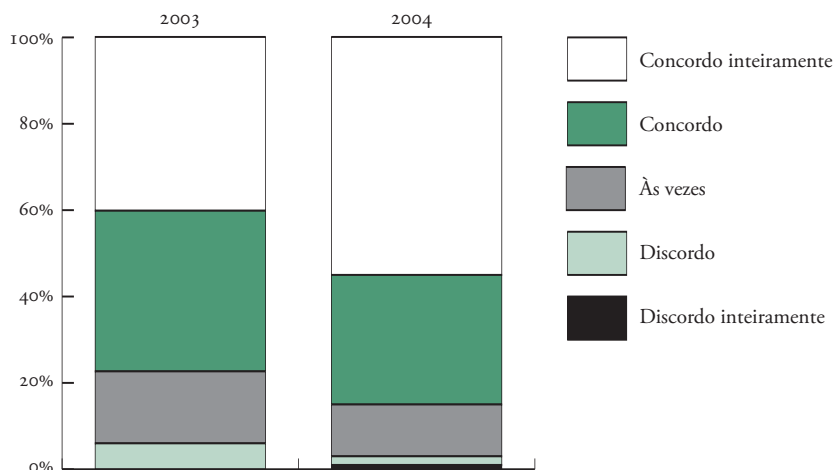
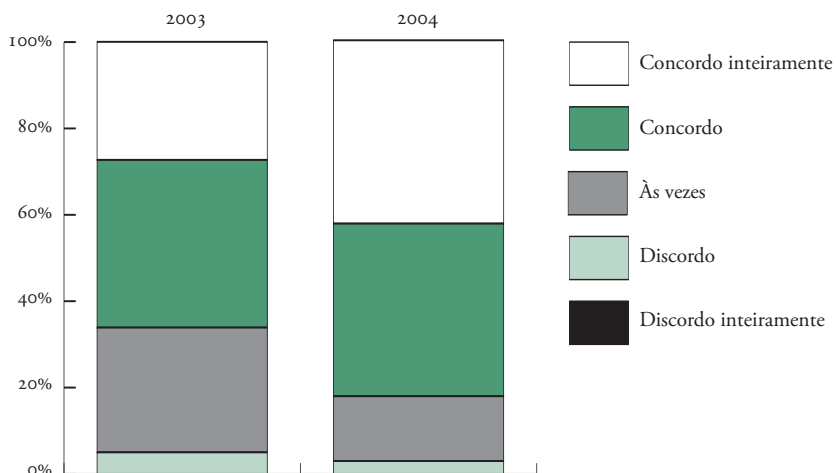
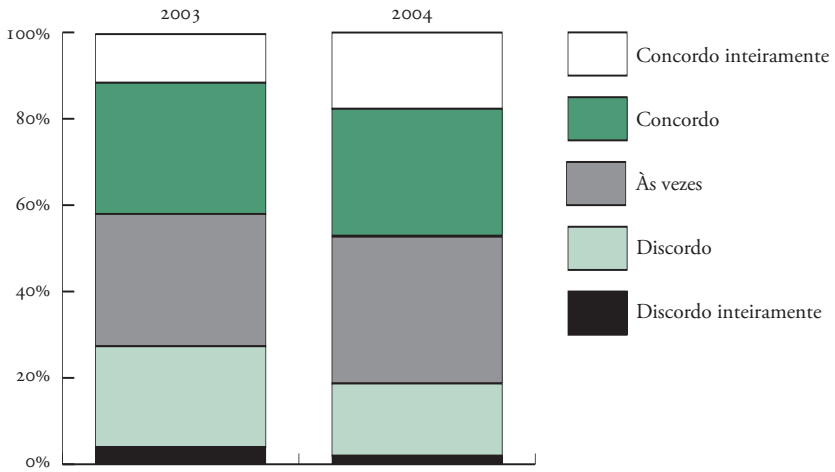
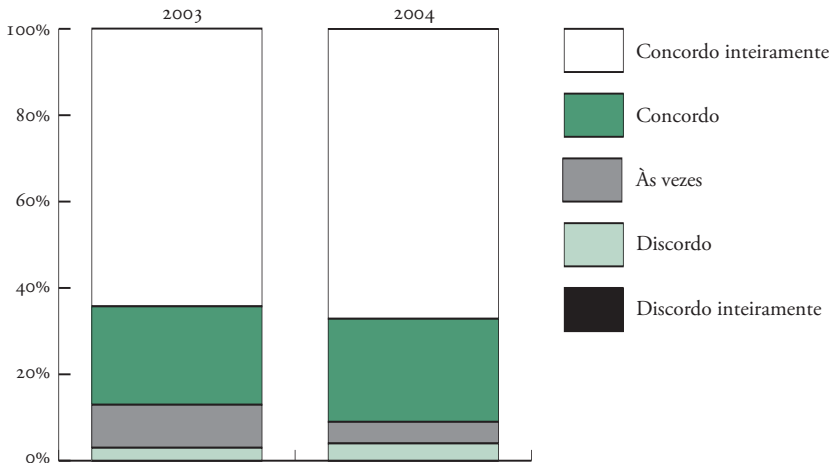
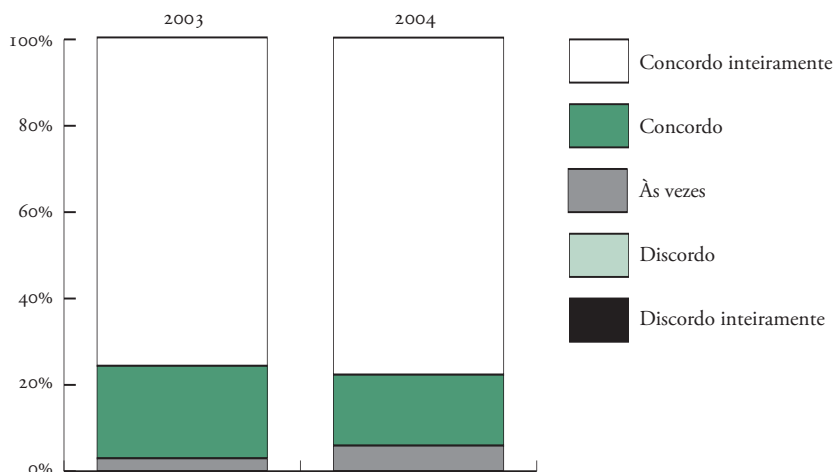
[...] houve um certo constrangimento de minha parte... comentar suas doenças com a professora diante deles... me deu uma terrível sensação de haver um abismo entre os enfermeiros e eu, pelas diferentes condições em que nos encontrávamos.

[...] a idade pode dificultar a comunicação... necessidade de preparo por parte do médico para entender e ser entendido.

[...] olhar o paciente como um todo, respeitá-lo, perceber que por trás de uma doença há uma pessoa e não um objeto.

[...] este serviço... conta com profissionais nas mais diversas áreas... tudo para que o paciente consiga superar as dificuldades trazidas por uma doença.

A avaliação do curso é realizada no final do programa, verbalmente, e por meio de questionário padronizado. Ao final de cada módulo, além da avaliação oral feita pelos estudantes em seus próprios subgrupos e junto aos professores das discussões, elaboramos um questionário composto por seis perguntas fechadas e um espaço aberto para sugestões e críticas. Os estudantes não devem se identificar ao respondê-lo. As seis perguntas fechadas correspondem a terem atingido o objetivo do curso, aos cenários visitados, às discussões e ao papel do professor. As respostas possíveis são: concordo inteiramente, concordo, às vezes, discordo e discordo inteiramente.

Seguem os gráficos em que comparamos os resultados em 2003 e 2004.

1. As atividades do módulo (momentos de observação e de discussão) possibilitaram uma aproximação à prática profissional do médico em diferentes cenários (centro obstétrico, PSF, UBS e hospital).

2. Os momentos de observação do PSF e UBS ofereceram subsídios para uma maior compreensão da prática profissional na atenção básica à saúde.

3. Os momentos de observação nos diferentes setores do hospital ofereceram subsídios para uma maior compreensão da prática profissional de maior complexidade e uso da tecnologia como recurso auxiliar a esta prática.

4. A organização dos momentos de observação, incluindo a recepção nos diferentes cenários, a disponibilidade dos médicos e as condições de infra-estrutura (transporte), mostrou-se adequada.

5. Os momentos de discussão propiciaram uma socialização do que foi registrado nos momentos de observação, favorecendo trocas de experiências entre os alunos.

6. Os docentes, nos momentos de discussão, favoreceram e ampliaram o debate sobre a prática profissional do médico.

Podemos observar o aumento de adequação quanto aos objetivos do curso, bem como de satisfação dos estudantes. Chama a atenção o gráfico 5 sobre a discussão e o gráfico 6 referente à participação dos professores que mostra altíssimo grau de satisfação do estudante. Isto parece apontar para o valor do contato entre estudantes e professores neste momento em que estão chegando à faculdade e encontrando a pessoa do médico encarnada em seus professores de forma tão próxima e disponível. Pensamos que pode revelar também uma característica do verdadeiro professor, presente neste grupo de professores que integram o corpo docente deste módulo, ou seja, o educador, aquele que partilha da formação do futuro médico como pessoa.

A IMPORTÂNCIA DO CORPO DOCENTE

Um aspecto fundamental para o desenvolvimento do programa foi e continua sendo o engajamento do professor com a filosofia do curso e

também com sua construção. Para tanto, o grupo de professores reúne-se constantemente durante o período em que ocorre o módulo, como também após o seu término, no segundo semestre, constituindo-se num dos principais eixos integradores dessa tarefa educativa. Não é possível trabalhar com o estudante se o próprio professor não tiver espaço para elaborar o seu papel e sua tarefa. Essa prática tem trazido resultados animadores tanto para professores como para estudantes.

Para os professores, o módulo oferece a possibilidade de partilhar idéias com seus colegas de várias especialidades e de ciclos diferentes (básico: 1º e 2º ano, profissionalizante: 3º e 4º ano e Internato: 5º e 6º ano) num único momento, junto aos estudantes, permitindo que ele mesmo transite entre suas experiências como estudante, recorde sua trajetória na formação médica e venha a se constituir em um profissional com o qual o estudante possa se identificar.

Poder tolerar e dialogar com colegas cirurgiões, clínicos, pediatras, psiquiatras, epidemiologistas, ortopedistas, pesquisadores e professores das chamadas cadeiras básicas, como anatomia, genética etc., configura na prática a medicina integrada, modelo que revela, por sua vez, a concepção do ser humano como um todo.

AS ADEQUAÇÕES DO MÓDULO NOS PRIMEIROS QUATRO ANOS

O curso vem se desenvolvendo com o mesmo formato básico, porém aprimorando a cada ano alguns pontos tais como:

Cenários

Escolha de novos cenários que tenham mais disponibilidade pessoal e funcional. No desenvolvimento do programa, no decorrer desses quatro anos, alguns critérios foram incorporados por se mostrarem importantes para a escolha dos cenários.

A proposta da observação é de que esta seja realizada em um cenário do cotidiano, surpreendido sem modificações, no entanto, não deve apresentar distorções da atividade profissional, refletindo modelos inadequados. O cenário deve proporcionar reflexões construtivas que contribuam para enriquecer as discussões e ampliar a visão de diferentes propostas de atendimento e relacionamentos.

Outro aspecto importante na definição do cenário é proporcionar diferentes ambientes com diferentes práticas. O contraste entre UBS, centros obstétricos, UTIs, centros cirúrgicos e consultórios, proporcionará diferentes modelos e níveis de complexidade, estimulando a discussão e apresentando ao estudante diferentes perspectivas de atuação na área, aproximando sua formação básica de sua formação prática futura, a partir de outros modelos além do "hospitalocêntrico".

Apesar de o corpo docente ser composto por profissionais das áreas básicas, clínicas e cirúrgicas, os cenários não incluem atividades nas áreas básicas, por apresentar como proposta práticas que envolvam a relação médico-paciente.

Nos cenários, a recepção dos estudantes é realizada por um professor comprometido com o programa, que apresenta a equipe e o serviço a ser observado e localiza o serviço no complexo Unifesp e no SUS.

Professores

Com o fortalecimento da estruturação do grupo para as discussões, procura-se contemplar, no mesmo grupo, docentes dos departamentos e disciplinas de Psiquiatria, Psicologia Médica, Especialidades Clínicas, Saúde Coletiva, Cadeiras Básicas, Cirurgia e Obstetrícia. Um dos desafios atuais é promover a capacitação docente a partir de discussões regulares, formação em dinâmica de grupo e pesquisa educacional.

Estudantes

Definir um programa institucional de transporte para os cenários localizados além do *campus* Vila Clementino-Unifesp e responsabilizar os estudantes por suas fichas de freqüência, que devem ser apresentadas no final de cada atividade para assinatura do docente e entregue no final do módulo.

CONSIDERAÇÕES SOBRE PLANOS FUTUROS

Um dos entendimentos sobre o módulo é que ele cumpre a função de receber e introduzir os estudantes ao seu novo ambiente dos próximos anos. Integra corpo docente e discente e guia os novos membros pela instituição. Trata-se quase que de um "ritual de iniciação educativo institucional". Tal função tem sido cumprida a rigor, e novos desafios surgem em uma universidade em expansão. O modelo aplicado ao Curso Médico já está sendo seguido no curso de enfermagem e tecnologia oftálmica, e julgamos que uma mescla de estudantes de diversas habilitações pode dar um caráter mais universitário à aproximação.

Também a visita mista a cenários nos parece produtiva. Estudantes de Medicina, Fonoaudiologia, Enfermagem, Biomedicina etc., juntos, em cenários apropriados, devem propiciar visões de pontos diversos e enriquecer o questionamento e o crescimento pessoal de cada indivíduo.

Vemos no grupo de docentes que se repete desde o início do módulo uma atitude proativa e enfática na manutenção do mesmo, apesar da imensa complexidade organizacional envolvida. São aproximadamente oitenta docentes e cinqüenta cenários. Vários deles encontram-se a mais de vinte quilômetros de distância do *campus* Vila Clementino, como algumas unidades básicas de saúde, o que demanda apoio institucional na locomoção dos grupos.

Da atitude dos participantes surgiram solicitações e atividades que reverteriam para uma maior visibilidade do curso, além de retribuição científica e didática para os docentes e discentes. Incentivamos trabalhos de iniciação científica com dados longitudinais colhidos ao longo de três anos do curso. Tal trabalho procura mapear modificações pessoais e sociais dos estudantes ao passar pelo módulo. Também apontamos para a necessidade de publicações, como este livro que hora se materializa, e de cursos de capacitação dos docentes, como dinâmicas de grupo e avaliações, entre outros.

A busca ativa e constante de novos cenários e docentes é um desafio ainda maior para a manutenção do curso, assim como a busca ativa de docentes, a fim de ampliar e manter a multidisciplinaridade nas discussões.

Com a preocupação da permanência do módulo, ora ativo devido ao entusiasmo de seus docentes, julgamos importante a elaboração de mecanismos que qualifiquem e quantifiquem a atividade didática. A consideração da carga horária do professor na graduação aponta para essa direção, regulamentando o tempo dedicado à prática do ensino, porém não nos parece ser mecanismo suficiente para o estímulo e o reconhecimento.

Por fim, cabe discutir e pontuar alguns objetivos implícitos no Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas, ou Promed, onde está inserido o módulo OPM. Trata-se do estímulo à maior inserção da universidade no SUS, e mais especificamente para o OPM, a aproximação do estudante das UBS. Para organizar essa aproximação em termos mais duradouros, colhemos os frutos de trabalho intenso da Unifesp que, juntamente com a Secretaria de Saúde do município de São Paulo, identificaram unidades básicas adequadas para a atuação universitária. Iniciamos a integração com tais cenários, tendo o cuidado de inserir um docente para cada grupo de estudantes nas visitas às UBS. Tais unidades devem receber estudantes de vários cursos, ratificando a multidisciplinaridade recém-comentada.

Ao lado da prática na comunidade, entendemos que o cenário de prática médica da Unifesp é complexo e diversificado, com excelência em inúmeros laboratórios, ambulatórios, centros cirúrgicos etc., e privar o estudante desse contato não nos parece saudável. Para tanto, mantemos e dedicamos um extenso espaço do módulo para a visita a instalações da própria Unifesp, no *campus* Vila Clementino.

O SOCIODRAMA DESENVOLVIDO COM OS CALOUROS NO INÍCIO DO CURSO

Essa proposta foi construída nas reuniões preparatórias deste módulo, quando foi sugerida uma pesquisa utilizando questionários, com o objetivo de conhecer o perfil desses alunos, suas expectativas e fantasias relativas à entrada no Curso Médico. Foi proposta então a utilização de metodologia psicodramática que permite atingir esses objetivos, além de facilitar a integração dos estudantes e propiciar um espaço para a criação de experiências coletivas que facilitem a expressão de desejos, medos, fantasias, valores, expectativas que permeiam o papel de aluno ingressante no curso de Medicina e o levantamento do perfil desses calouros.

O método que guia os trabalhos é o sociodrama, pertencente ao corpo teórico-metodológico da socionomia, criada por Jacob Levy Moreno (1889-1974).

Para Moreno o indivíduo é concebido e estudado através de suas relações interpessoais. O Homem moreniano é um indivíduo *social,* porque nasce em sociedade e necessita dos outros para sobreviver, sendo apto para a convivência com os demais. Moreno criou a socionomia, ocupando-se do estudo das leis que regem o comportamento social e grupal[1].

1. C. S. Gonçalves, J. R. Wolff e W. C. Almeida. *Lições de Psicodrama – Introdução ao Pensamento de J. L. Moreno*. São Paulo, Ágora, 1988.

A socionomia subdivide-se em: sociodinâmica, sociometria e sociatria. A sociodinâmica estuda a dinâmica das relações interpessoais. Tem como método de estudo o *role-playing*, ou jogo de papéis, que permite ao indivíduo atuar dramaticamente em diversos papéis, desenvolvendo assim um papel espontâneo e criativo (papel profissional, papel familiar, papel de aluno etc.). A sociometria é o estudo da estrutura psicológica real da sociedade humana (parte visível e não visível). É a ciência da medida do relacionamento humano, o principal procedimento é o teste sociométrico. Na sociatria, que é o tratamento do social, os métodos são o psicodrama e o sociodrama, este é um tipo especial de terapia na qual o protagonista é sempre o grupo e os temas grupais, e as pessoas estão reunidas enquanto mantêm uma tarefa ou objetivo comum – estudar, trabalhar ou viver juntos...

O sociodrama tem sido realizado com a participação de um diretor[2], três/quatro egos-auxiliares (profissionais psicodramatistas[3]) e cerca de 120 calouros. Foram realizadas dramatizações, imagens e atividades em pequenos grupos, trabalhadas e compartilhadas posteriormente com todo o grupo.

Como resultado desses sociodramas foi possível desvelar vários temas emergentes, dos quais destacamos: o papel de médico (transitando entre as funções de salvador/cuidador); o *status* que o papel de médico carrega como papel social (construído dentro da família, desenhando, muitas vezes, um conflito entre desejos da família *versus* talentos e desejos do sujeito e composto de histórias familiares e

2. Rudolf Wechsler, professor do Departamento de Pediatria da Unifesp/EPM, psicodramatista.
3. Mariângela Pinto da Fonseca Wechsler (participou dos sociodramas de 2003-2007); Pedro D'Ávila Mascarenhas (participou dos sociodramas de 2003-2007); Maria Cezira Fantini Nogueira Martins (participou dos sociodramas de 2005-2007); Kelma Assunção Souza (participou do sociodrama de 2003); Maria Rita D'Angelo Seixas (participou do sociodrama de 2004); Fabio Könnigsberger (participou do sociodrama de 2007).

pessoais relacionadas a adoecimentos, e/ou mortes; além da luta e sofrimentos para conseguir entrar no curso de Medicina e na "melhor" faculdade); expectativas quanto à vida universitária (experiência transformadora, rompimento com a adolescência; abertura para novas escolhas, novas experiências; pertencer a um grupo – unido, forte e duradouro, não se sentir excluído ou solitário); desejos referentes ao curso (conhecer muito sobre medicina; tornar-se um médico eficiente; conseguir respeitar as outras profissões de saúde; lutar contra as injustiças, discriminações, morte e dedicar-se muito ao curso).

O sociodrama revelou-se um recurso útil para a pesquisa (ao permitir o desvelamento de características do grupo), para a aproximação entre os alunos e para uma experiência ímpar de contato com os aspectos emocionais/coletivos ligados ao momento vivido e construído na inter-relação familiar-social e individual.

Como exemplo, descreveremos a seguir as diversas etapas do sociodrama realizado em março de 2007.

Iniciou-se com uma breve descrição do que é Psicodrama e Sociodrama e uma *contextualização* de sua inserção no módulo de Observação de práticas médicas e de seus principais objetivos.

Passou-se então para a fase de *aquecimento inespecífico*, que visa *a ambientalização*, ou seja, permitir que todos os participantes reconheçam o ambiente onde será realizado o trabalho – Salão da Atlética da Unifesp – percebendo seu volume, altura, distância, sons etc.; em seguida, *a grupalização*, com técnicas que favoreçam a transformação de agrupamento para o início de um grupo, preparando-os para um trabalho coletivo: foi solicitado que andassem no centro do salão, em silêncio, percebendo seus corpos, suas sensações e sentimentos naquele momento, para, em seguida, olharem uns para os outros nos olhos e iniciar uma comunicação não-verbal, expressando suas sensações e tentando captar as dos colegas; a partir daí, observar os colegas em seu todo, mirá-los, olhá-los de cima a baixo, de frente e por trás, depondo a vergonha, para em seguida se cumprimentarem com gestos, toques,

respeitando-se e respeitando os limites dos outros. São exercícios para prestar atenção em si e, ao mesmo tempo, nos outros tentando facilitar ao grupo o seu reconhecimento e achar caminhos para um trabalho conjunto de co-criação. É também objetivo prepará-los para *o papel de atores e autores*, ou seja, o trabalho posterior que visa, através da co-construção no cenário dramático, por metáforas, revelar significados singulares do grupo.

Ainda nessa fase de aquecimento inespecífico passamos para outra fase, de nos *conhecermos enquanto grupo*, reconhecendo semelhanças e diferenças e tentando responder a pergunta: quem somos nós? De outro modo, podemos também dizer que é uma forma de investigação do grupo, servindo tanto ao grupo de calouros quanto ao de professores e para a equipe que dirige o trabalho, como um reconhecimento grupal dinâmico.

Solicitamos que o grupo continuasse a andar no centro do salão e, segundo perguntas realizadas pelo diretor, o dividíamos em subgrupos:

- *Local de nascimento*, por regiões do Brasil: Nordeste (1 estudante); Centro-Oeste (4 – todos de GO); Sul (2 – RGS e PR); Sudeste (4 MG, 1 ES, 3 litoral de SP, 3 GSP, 35 interior ESP, maioria do município de SP).
- *Pais/familiares médicos:* pai e/ou mãe e familiares não-médicos – *maioria*; pai e/ou mãe médicos – menor subgrupo; outros familiares médicos – subgrupo um pouco maior que o anterior.
- *Estado civil:* casados, 1; solteiros – *maioria;* namorando – cerca de metade; não-namorando – cerca de metade; com vontade de namorar – subgrupo discretamente maior; sem vontade de namorar no momento – subgrupo discretamente menor.
- *Número de irmãos:* filhos únicos – 5 (4º subgrupo); 1 irmão(ã) – *subgrupo maior* (1º subgrupo); 2 irmãos – médio/grande (2º subgrupo); 3 irmãos – 3 (3º subgrupo); 4 irmãos – 2 (5º subgrupo); 5 irmãos – 1 (6º subgrupo).

- *Anos de cursinho:* (subgrupos semelhantes) entrou direto do colegial para faculdade (3º); 1 ano – *maior subgrupo* (1º); 2 anos – *subgrupo um pouco menor* (2º); > 2 anos – menor subgrupo (4º) – máximo cinco anos (2).
- *Prestou e/ou cursou outro curso superior:* cursou e concluiu outro curso – 3 (esportes; física e administração) (3º); prestou e/ou cursou, mas não concluiu (agronomia, farmácia, tecnologia em saneamento ambiental, engenharia química, engenharia de materiais, engenharia civil, engenharia de produção, biomedicina, fonoaudiologia, jornalismo) (2°); somente medicina – *maior subgrupo.*

Em seguida solicitamos que todos encontrassem um lugar no salão e se acomodassem do melhor jeito, sentados ou deitados, para iniciar o *aquecimento específico*, com o objetivo de aquecê-los para trazer à tona suas vivências desse momento de entrada no curso de Medicina da Unifesp, suas expectativas, anseios, fantasias, desejos, alegrias, temores, inseguranças, medos etc., solicitando para que, de olhos fechados, fizessem um relaxamento corporal, respirações profundas e, mais relaxados, ainda com os olhos fechados, convidava-os a relembrar cenas/acontecimentos do:

• *Passado:* Quando pensaram/decidiram fazer medicina? Alguma cena marcante ou influência decisiva?

Solicitava-se que escolhessem a cena mais freqüente ou intensa, sem esforço (se não viesse, não tinha importância), e pudessem, ao escolher uma, percebê-la melhor, olhando para ela como espectador e percebendo detalhes: onde acontecia, quem eram os personagens dessa cena, o personagem principal, o contexto e o principal sentimento/emoção (nomear) decorrente. O diretor solicitava que guardem essa cena e esses aspectos, que não os percam.

• *Presente:* Quando e como souberam que entraram em medicina? Como e com quem foi a comemoração? Como e com quem veio fazer a matrícula? Como foi a semana que antecedeu o início das aulas? Como foi vir para o primeiro dia de aulas? Como foi a participação no trote?

Escolher a cena, o personagem principal e o sentimento/emoção principal, registrar e guardar.

• *Futuro:* Pediu-se que se imaginassem no decorrer do Curso Médico: 1º ano; 2º ano; 3º ano; 4º ano; 5º ano; 6º ano e na formatura...

Escolher a cena, o personagem principal e o sentimento/emoção principal, registrar e guardar. Dessas cenas das três épocas, passado, presente e futuro, escolher uma mais forte e/ou marcante: passado – subgrupo maior – cerca de cinqüenta; presente – cerca de trinta; futuro – cerca de vinte. Escolher um colega, formar um par e compartilhar essa cena escolhida.

Subdividir em cinco grupos: dois grupos do passado; um grupo do presente; um grupo do futuro. Subdividir cada um dos grupos em subgrupos (passado – em cinco subgrupos, presente – em dois e futuro – manter em um) – total de oito subgrupos com cerca de quinze participantes cada um. Compartilhar nos subgrupos, trocando suas cenas, destacando os personagens principais, o contexto e o principal sentimento/emoção.

Escolher uma história que possa representar o subgrupo, dar um nome para a cena escolhida pelo grupo, perceber qual foi a vibração, energia, emoção que motivou o grupo a escolher essa cena. Cada grupo escolhe um representante para *apresentar o nome e um resumo da cena*:

• *Presente:*

1. O momento de ter passado na faculdade, após muitos anos de cursinho, e este ano ter entrado em todas e ter escolhido

a Unifesp... Foi seguido de um Tra-ca-trá (hino de guerra da Unifesp).

2. *Nunca é tarde*: Uma aluna que fez quatro anos em outra faculdade e decidiu que queria medicina.

• *Passado:*

3. *Sinceridade delas – desafio*: Duas amigas falam para um terceiro (atual aluno) que ele não iria conseguir passar, pois era muito difícil entrar em medicina, ele fez dois anos de cursinho, passou em várias faculdades de medicina e escolheu a Unifesp.
4. *Impotência* x *Potência*: Cena de emoção muito forte– mãe de uma aluna morreu quando ela tinha oito anos de idade e ela assistiu, predominando um grande sentimento de impotência, surgindo um desejo de transformar toda a impotência em potência; fazer algo pelas pessoas é muito importante!
5. *A cura do câncer*: Quando pequena os avós morreram de câncer e ela decidiu fazer medicina para descobrir a cura do câncer.
6. *A perseverança*: Fez cinco anos de cursinho junto com uma prima, esta prima entrou antes e ele continuou até passar.
7. *Superação*: Lembranças de fala do pai – Pai ameaça: "se não comer direito, vai ficar doente, vai ter que fazer um transplante" – começou a achar que estava doente, que ela fosse morrer, que a mãe também iria morrer e a partir daí pensou em fazer medicina para saber o que fazer num momento de urgência.

• *Futuro:*

8. *A união faz o açúcar*: Uma cena retratava que a união durante os anos de medicina faria a força do grupo e os tornaria unidos. Seguido de outro Tra-ca-trá.

Foi feita uma *escolha sociométrica*, através de palmas, para a escolha de uma história. Duas foram as mais votadas: *Impotência* x *Potência*

e *A união faz o açúcar*. Perguntou-se aos dois grupos quem gostaria de representá-la (dramatizá-la). O primeiro grupo (*Impotência* x *Potência*) preferiu não representá-la, pois a protagonista estava muito emocionada, e o segundo grupo aceitou.

Dramatização

Solicitou-se ao representante do grupo que contasse a história novamente e ele descreveu: grupos grandes, como o nosso, tendem a formar "panelas", uns excluem os outros, alguns grupos são mais fáceis de incluir, outros mais difíceis se formam por semelhanças de idéias, sentimentos, preconceitos, afinidades... portanto, para o grupo não se perder a meta é se unir. Pede-se para tentar mapear os personagens. Escolhem-se alunos em "panelas" – pedem-se voluntários para representar o papel de alunos em "panelas", outro personagem – o açúcar. Voluntários para representá-los e criação de um outro grupo de "personagens" – os ingredientes. Voluntários para representá-los.

No "palco dramático", espaço imaginário, definido no centro do salão, pede-se aos grupos de *personagens* – panelas, açúcar e ingredientes – que, um por vez, façam um movimento corporal para representá-los (analógico). Solicitam-se falas dos participantes dos grupos de "personagens" – falar alto o que está pensando, sentindo e/ou percebendo (solilóquios) – em seguida, solicita-se à *platéia* (todos os participantes que não estão em cena) que se expresse também, como se fossem desse grupo, com o olhar de fora.

Açúcar: imagem de pessoas sentadas no chão abraçando joelhos e fazendo um murmúrio que lembra um choro, um canto, um sussurro... Com os seguintes solilóquios: amizade, campeonato, união. A gente é um doce, sem mudar a conformação física, a gente dá grude, vitória, conquista, energia, atingir metas, união, coisa boa, gostosa, prazer, especial, o diferente. As diferenças podem provocar a união, não só a semelhança.

Panela: pessoas agrupadas em pé, com vários movimentos, abraçando com braços ao redor dos ombros, às vezes o abraço se rompe e se reconstitui... às vezes de forma diferente, alguém tenta entrar e é barrado, tenta novamente e o grupo se une e se fortalece para impedir a entrada do "intruso", alguns são aceitos ou conseguem entrar... com as seguintes falas: preconceito com os de fora, a não-coletividade, exclusão, panela contra a porcada, inclusão, individualidade.

Ingredientes: amizade, solidariedade, respeito, união, tolerância, confiança, diferença...

O que a platéia está vendo, percebendo, o que chama a atenção?

Platéia em relação à panela: exclusão, fofoca, desprezo, prepotência; *aos ingredientes:* amor, consideração, atração, respeito, companheirismo, articulação, inclusão, força e diferenças; *ao açúcar:* ritmo, bebê chorão, loucura, alegria, lamentável, trote, solidão, grãos, açúcar amargo, compactos, autismo, individualidade, depressão, sem liga, grão seco. Grupo do açúcar cresceu, pessoas da platéia se agregam ao grupo.

Alguns comentários para/do grupo açúcar: pode ter espaço para ficar sozinho, todos são iguais, mas ninguém olha para ninguém no começo, quem está se sentindo amargo pode entrar no grupo? Foi convidado a entrar. Mais pessoas entram. O grupo começa a cantar: vem, vem, você também. Forma-se um grande grupo, sentados no chão, a partir do grupo açúcar e chamam um Tra-ca-trá.

Diretor lembra que continua existindo a panela, os ingredientes e o açúcar, e que poderíamos fazer uma interlocução entre esses grupos, consultando a sua equipe, considera que não é necessário e também por termos pouco tempo disponível.

Compartilhar: Trocar juntos, partilhar com. Aberto a todos:

[...] A música do açúcar nos cativou, fez-nos render.

[...] Fui os três. Na panela senti-me poderosa, fechada. Nos ingredientes me senti acolhida, podia ser diferente. No açúcar movimento solitário, difícil,

depois com a participação dos ingredientes, as pessoas foram entrando e me senti acolhida.

[...] Gostei da recepção. Por um momento, senti-me decepcionado, vi que a faculdade poderia não ser como esperava. A turma é muito gente boa, mas aconteceram algumas coisas que não gostou. O trote, mas depois dessa vivência acha que vai encontrar na turma a força e a união.

[...] Seis anos de curso. É muito tempo e é inevitável que alguém não goste de alguém, é melhor evitar briguinhas, afinal é a melhor faculdade de medicina.

[...] Nós somos diferentes, mas também temos coisas em comum, é difícil viver com as diferenças, mas é inevitável e importante aprender.

[...] Têm veteranos que recebem muito bem, alguns estão sendo muito legais. Tem que ter respeito e não fechar panela, quando formos do 6º ano, eles serão RI e vão ensinar a gente.

[...] As panelas são inevitáveis, dos CDFS, da atlética, dos vícios, das meninas, do DCE etc. ... panelas vão existir, mas têm que ser fechadas?

[...] Nem sempre o cara é chato, tem a coisa da timidez, não isola o cara, às vezes ele tem dificuldade de fazer amizade, se não conseguir hoje, tem mais seis anos (palmas).

[...] Lembra da cena e diz: a panela fechada repercute no açúcar, ele fica sem liga, leva à solidão, dor, tem que buscar os desdobramentos e sair disso, com os ingredientes, tem que os deixar entrar, contagiar as panelas e transformar o açúcar.

[...] Se alguém se sentir humilhado, a intenção deles não era essa. Saí do trote todo sujo, rasgado. Ninguém queria sentar do meu lado no metrô.

[...] Queria contar que minha participação no açúcar no início não foi fácil, me senti ridículo. Depois veio a união. Mesmo assim não foi fácil, mas dos grãos separados, solitários, veio devagar a união. Estimulados pelas dificuldades que encontramos e querer superá-las e, se puder, com doçura fará com que seja um grande curso de medicina.

[...] Panela traz a falsa impressão de proteção, depois o açúcar atraiu, através de um *blues* (sua musicalidade). Pessoas podendo se juntar, juntando expectativas. É o começo de um grupo.

Diretor: Um dos principais sentidos/objetivos da profissão médica é tentar reconhecer, acolher e aliviar o sofrimento dos outros, mas é importante também poder reconhecer, acolher e cuidar de seu próprio sofrimento. É importante, para si e para os outros, tentar acertar o ponto do açúcar, para não "empapuçar" nem ficar sem gosto ou amargo, é buscar um equilíbrio, não ser impotente, nem onipotente, é a busca, construção da potência.

Solicitado para encerrar com uma palavra, antes de irmos embora, que represente o que foi vivido: açúcar, calor, família, tra-ca-trá, pessoal, turma 75, alívio, integração, conquista, amizade, alegria, acolhimento, desafio, grupo, mudanças, vocação, euforia, início, expectativa, encorajamento, tranqüilidade, sinceridade, consideração, cuidado para não virar panela, não se fechar, abertura, possibilidade, "com açúcar com afeto, fiz meu doce predileto para"... (canta a música do Chico Buarque), desafio e energia.

A EQUIPE ENVOLVIDA NO MÓDULO OBSERVAÇÃO DE PRÁTICAS MÉDICAS

Desde 2003, muitos professores, profissionais da instituição, dos hospitais gerais e das UBS têm nos acompanhado e contribuído para o aprimoramento desta experiência. Seguem os nomes de alguns dos nossos colaboradores:

Adagmar Andriolo
Adaildes
Albert Lian
Alberto
Alexandre Bardomil Bortoletto
Alzira
Amélia
André Dias
Andréa Paula Andrade
Anelise Del Vecchio Gessullo
Ângela
Anis Gerbara
Antônio de Miranda
Antônio Sérgio Petrilli
Artur da Rocha Corrêa Fernandes
Beth Biari
Carlos Alberto Garcia Oliva
Carlos Alberto Mariano Maiorino

Carlos Augusto Anadão
Carlos Edval Buchalla
Catarina Martins Sena
Cátia Maria Vieira Leite
César Uehara
Clóvis Eduardo Tadeu Gomes
Cristina
Daniel Almeida
David Shigueoka
Dayse Lourenço
Décio
Domingos Palma
Dulce Fonseca Soares Martins
Edson K. Cury
Edson Parise
Edson Stefanini
Eduardo Augusto Camarote
Eleonora Menicucci de Oliveira
Eliana Caran
Eliana Tiemi
Eliane C. Araújo
Eliane Teixeira de Almeida
Elza Maria Branco Padrão
Emilía Inoue Sato
Eurico Adonias Magoso
Fábio Monastero
Fausto Colla Cortesão Zuzarte
Flavia Regina Madalosso Kerr
Flávio Falloppa
Francisco Antônio de Castro Lacaz
Frida Zaladek Gil
Glaura Cesar Pedroso
Ideli Aparecida Marconi Pereira
Ilka Lopes Santoro
Ivanilda Argeneu Marques
Ivanir Ferreira Luz
Ivone M. Meimão
Jaime Passos Mota Silveira Filho
João Aléssio Juliano Perfeito
João Carlos Baptista
Jociane Negrão
José C. Baptista
José Donizete Rosolen
José Ernesto Ehrembery Fusco
José Roberto Ferraro
José Roberto Migliole
Josefina Aparecida Pellegrini Braga
Juliana Sallum
Julieta de Freitas Ramalho
Júlio de Ricardo de Souza Noto
Julio Elito
Julisa Chamorro
Kátia Nunes Cordeiro
Ladislau Glausivsz
Laércio Gomes Lourenço
Leda
Leodete de Oliveira Guerhardt
Ligia Mendes dos Santos Bonder
Lourdes
Lúcia Christina Iochida
Luciene Covolan
Lucy D'Alcântara Brabosa
Luís Garcia Alonso
Luiz Antônio Nogueira Martins

Lygia Mendes dos Santos Border
Magda Takano Kushida
Márcia S. Grarinez
Márcio
Margaret Mitiano Gasques
Maria Kouyoumdjian
Maria Adelaide Avancine
Maria Antônia Machado
Maria Aparecida de Almeida Carvalho
Maria Cecília Hamagi
Maria Cristina Antunes Horta
Maria Del Carmem Janeiro Perez
Maria Inês Mokodsi
Maria Mirtes Figueiredo
Mariângela Cainelli de O Prado
Mari Lyse Moyses Silveira
Marina R. Joaquim
Marina Xavier
Mario Alfredo De Marco
Mary Chen Tseng
Maysa Seabra Cenderoglo
Meyer Izbicki
Milton Della Nina
Milton Scalabrin
Miriam Hinai
Miriam Matsumoto
Mirlene Cecília S. Cernach
Murilo Moura Sarno
Nacime Salomão Mansur
Nadia Aparecida Barbosa Moreno
Naoko Aristaka Paes
Nelson Sass
Newton de Barros Júnior
Nicanor Rodrigues Pinto
Nildo Alves Batista
Nivaldo Silva Corrêa Rocha
Oswaldo Shigueomi Beppu
Otávio Augusto Casagrande
Paulo Boschov
Paulo Schor
Paulo Spinola Costa
Regina Célia Lopes
Renata
Renato Moassabe Bruni
Ricardo Smicth
Rita de Cássia Gerab
Rita de Oliveira da Silva
Rosana Fiorini Puccini
Rosângela Ciongoli
Roseli Barros Grangel
Roseli Giudicci
Rosely
Rosemarie Andreazza
Rosiane Mattar
Rosinha Y. Matsubayaci Morishita
Rudolf Wechsler
Rufino Domingues Lopes
Sandra Aparecida Vieira
Sandra Beatriz Paranhos Medice
Sandra Oliveira de Campos
Sandra Regina P. S. Borges
Sandra Spedo
Sandro Luís de Andrade Matas
Sérgio Domingues

Sérgio Y. Tiaen
Simone Maluf Gomes
Solange Martins Elias
Sônia Dias Freire Lanza
Stephan Geocze
Sue Yazaki Sun
Susume Ikeda
Terezinha Jesus Gomes
Tomika Hondo
Vânia Maria L. Bagagli
Vera Lucia Sdepanian
Vilmon de Freitas
Wilma Yoshie T. Bugliese

7

Módulo: Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros

Cristina Malzoni Ferreira Mângia, Anelise Del Vecchio Gessullo, Gisele Limongeli Gurgueira e Rita Simone Lopes

INTRODUÇÃO

O ENSINO do suporte básico de vida (SBV) e primeiros socorros no primeiro ano do curso de Medicina visa a familiarizar o aluno com o reconhecimento das causas mais comuns de lesões e morte, em indivíduos de diferentes faixas etárias, e sua atuação apropriada nas situações que envolvem a prevenção e primeiro atendimento de acidentes, a reanimação cardiopulmonar (RCP) e o uso do desfibrilador automático externo (DEA).

Isto se justifica pelo perfil epidemiológico, em especial nos grandes centros urbanos, que aponta para a alta incidência e prevalência de agravos ou doenças relacionadas com situações de emergências clínicas e cirúrgicas. Nos indivíduos de até quarenta anos de idade, a primeira causa de mortalidade refere-se às emergências decorrentes do trauma, e naqueles acima dos quarenta anos, pelas emergências decorrentes de doenças cardiovasculares. O atendimento de emergên-

cia sistematizado, apoiado em protocolos pré-estabelecidos, contribui para a diminuição nesses índices (AHA, 2000a; Phillips *et al.*, 2001; AHA, 2000b).

As apresentações deste panorama, juntamente com os conteúdos relacionados ao atendimento destas emergências, propiciam ao aluno a conscientização quanto à necessidade de saber atuar frente a uma situação emergencial de maneira organizada e sistematizada, obedecendo sempre ao princípio primordial da prática médica de *primum non nocere.* O módulo está composto por três partes:

- Suporte básico de vida pediátrico.
- Suporte básico de vida no adulto.
- Primeiros socorros – prevenção, reconhecimento e primeiro atendimento aos acidentes.

Esta divisão se justifica pelas importantes diferenças epidemiológicas, técnicas e operacionais entre a faixa etária pediátrica e adulta.

PLANEJAMENTO DA UNIDADE CURRICULAR

O planejamento do ensino do SBV e primeiros socorros buscou contemplar o aprendizado de conteúdo e estratégias adequadas para o aluno do primeiro ano. Foi, portanto, um desafio a escolha das ações que propiciassem a aprendizagem incluindo a integração interdisciplinar e facilitando a intersecção do conhecimento entre as demais unidades curriculares do Curso Médico.

Ementa da unidade curricular: conceitos sobre suporte básico de vida e identificação das situações de risco; prevenção de acidentes nas diversas faixas etárias; causas de morbidade e mortalidade no Brasil e no Estado de São Paulo; diagnóstico e tratamento do choque e da insuficiência respiratória aguda; reanimação cardiopulmonar no lactente até um ano, na criança de um a oito anos e nos maiores de oito

anos e nos adultos (AHA, 2000a; Phillips *et al.*, 2001; AHA, 2000b; Ministério, 2007; Secretaria, 2007; World, 2002).

OBJETIVOS

Capacitações esperadas: *diagnóstico* do choque e da insuficiência respiratória no lactente, na criança de um a oito anos, nos maiores de oito anos e nos adultos baseado na obtenção dos dados durante a anamnese e exame físico, *priorização de atendimento e plano terapêutico* (Mangia, 2006).

Imediatamente após o treinamento e até por dois anos, espera-se que o aluno seja capaz de:

1. Orientar medidas para prevenir as doenças, lesões e acidentes potencialmente fatais no adulto e na criança.
2. Reproduzir o aprendizado em locais fora da área de saúde onde potencialmente seriam aplicadas as medidas do SBV: escolas, cuidadores, pais, parentes, ambiente de trabalho (figura 1).
3. Identificar, orientar e reduzir os riscos das causas mais comuns de lesão e morte, em situações especiais como: transporte por veículos automotores e bicicletas, intoxicações acidentais, obstrução das vias aéreas por corpo estranho, quedas em casa, escolas e parques, adição de drogas, acidentes na prática esportiva, acidentes por animais peçonhentos.
4. Reconhecer a não responsividade e outras situações de emergência em que a reanimação seja apropriada.
5. Ligar para 192/193 (ou outro telefone de emergência) em tempo hábil e fornecer as seguintes informações: local da emergência (nome e endereço de ruas, estradas e referências próximas), número do telefone do qual está ligando, qual a ocorrência: acidente automobilístico, queda, dificuldade respiratória etc., quantas pessoas

necessitam de ajuda, qual a condição da(s) vítima(s), o que está sendo feito para a(s) vítima(s), outra informação adicional.

6. Prover a abertura da via aérea por técnicas adequadas.
7. Fornecer ventilações assistidas ou respirações eficazes.
8. Fornecer compressões torácicas efetivas por técnicas apropriadas para as faixas etárias.
9. Realizar as habilidades de maneira segura para o próprio socorrista, o paciente e o familiar.
10. Demonstrar conhecimento na ventilação da bolsa – máscara para vítimas de todas as idades e no uso dos desfibriladores portáteis, quando apropriado.
11. Desenvolver atitudes de respeito, ética e humanística com relação à vítima e aos seus familiares.
12. Compreender as implicações emocionais e sociais da doença e o seu impacto nos binômios família-vítima e profissional de saúde.

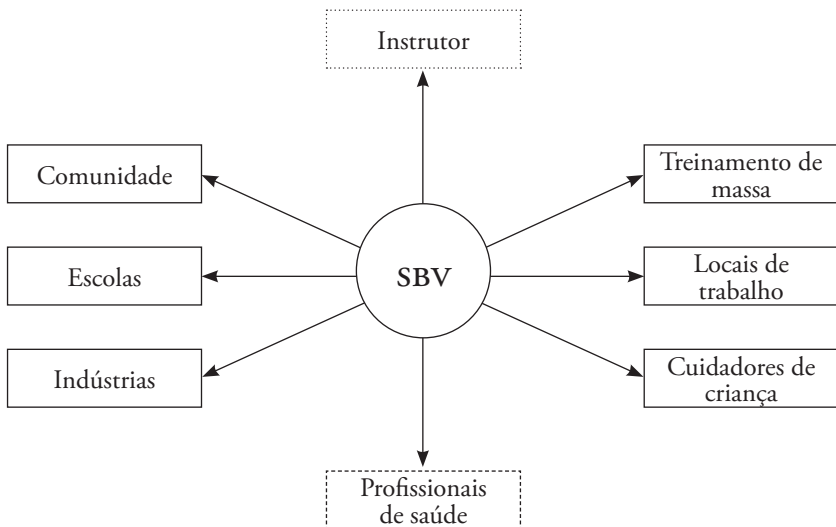



FIGURA 1. Apresentação do esquema potencial de abrangência do curso suporte básico de vida.

O conteúdo da unidade curricular foi estruturado assumindo seu caráter dinâmico, para que possa ser revisto, criticado, atualizado e modificado ao longo dos anos, de acordo com o Plano Político Pedagógico do curso de Medicina da universidade, necessidades dos alunos e da nossa sociedade. Também está claro que devemos chamar a atenção do aluno, no sentido de adotar atitudes humanas frente à vítima e a seus familiares, com sensibilidade, percepção, tão necessárias quando tratamos de indivíduo com problemas potencialmente graves (Hossne, 2004). Deve ser orientado a realizar o *diagnóstico precoce* do problema, a tomada de ações prioritárias de acordo com o caso e instituir o *tratamento* mais adequado rapidamente.

ESTRATÉGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

No primeiro encontro, é realizada a apresentação da unidade curricular, divisão dos grupos, local das aulas teóricas e práticas. Para a abordagem do SBV na criança e no adulto, a estratégia de ensino usa situações simuladas que se assemelham às situações de campo, utilizando manequins para aplicação do treinamento. Para tornar a aula dinâmica, utilizamos casos da nossa prática médica como exemplo nas simulações. Esta técnica apresenta vantagens por: 1. proporcionar rápido *feedback* ao aluno sobre as conseqüências de suas ações, atitudes e decisões; 2. garantir um ambiente "protegido", pois criamos uma situação clínica hipotética na sala de aula e que poderia ser facilmente transferida para uma situação real; 3. promover a necessidade de integração entre os colegas da sala, o que facilita a aquisição de habilidades de trabalho em grupo. Para abordagem dos temas relacionados aos primeiros socorros são realizados seminários preparados previamente pelos alunos.

Suporte Básico de Vida em Pediatria – Conteúdo (Birolini et al.*, 2004; ONG, 2007; Sociedade, 2007)*

- Ensino de reanimação cardiopulmonar (RCP) em lactentes (menores de um ano) cujo pulso ou respiração estão imperceptíveis.
- Ensino da RCP em crianças (entre um ano e oito anos) cujo pulso ou respiração estão imperceptíveis.
- Ensino da desobstrução das vias aéreas de lactentes (menores de um ano) se há suspeita de obstrução por corpo estranho.
- Ensino da desobstrução das vias aéreas de crianças (entre um e oito anos) se há suspeita de obstrução por corpo estranho.
- Ensino de manobras simples no atendimento de criança com lesões secundárias a trauma.

Montagem das salas-ambiente para treinamento do SBV pediátrico:

Sala 1 – Estação de resgate respiratório e/ou circulatório:
Mesa 1: RCP em lactentes (menor de um ano) cujo pulso ou respiração estão imperceptíveis.
Mesa 2: Realizar RCP em crianças (entre um ano e oito anos) cujo pulso ou respiração estão imperceptíveis.
Sala 2 – Estação de remoção de corpo estranho:
Mesa 1: Desobstruir vias aéreas de lactentes (menor de um ano) se há suspeita de obstrução por corpo estranho.
Mesa 2: Desobstruir vias aéreas de crianças (entre um e oito anos) se há suspeita de obstrução por corpo estranho.

Suporte Básico de Vida e RCP em Adultos (AHA, 2000a) – Conteúdo:

Parada cardiorrespiratória secundária a acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, fibrilação ventricular e obstrução de vias aéreas por corpo estranho, são utilizadas as seguintes estratégias:

- Panorama de atendimento da emergência no Estado de São Paulo, com aula ministrada por membro da Corporação de Bombeiros do Estado de São Paulo – sistema 193, sobre as possibilidades de atendimento, os recursos disponíveis e o caminho percorrido neste sistema.
- Atendimento da RCP no adulto e as recomendações do uso do DEA.

No desenvolvimento das habilidades psicomotoras, a estratégia utilizada para que o aluno possa desenvolver habilidades técnicas foi a de "veja e pratique", desenvolvida através de uso de TV e vídeo, demonstrando como executar as manobras e prática dessas manobras em bonecos especiais. As atividades são voltadas para a realização dos seguintes procedimentos:

- Reconhecer a não-responsividade (ou outras situações de emergência em que a ressuscitação seja apropriada).
- Ligar para 192/193 (ou outro telefone de emergência) em tempo hábil e oferecer as informações necessárias (igual ao suporte de vida pediátrico).
- Atuação frente a situações de primeiros socorros como: desmaio, diabetes e hipoglicemia; convulsão; sangramentos que se podem ver e o que não se podem ver; trauma craniano e de coluna; lesões em ossos, nas articulações e músculos e queimaduras.
- Prover a abertura da via aérea por técnicas adequadas.
- Fornecer ventilações assistidas eficazes, utilizando técnicas de respiração artificial.
- Fornecer compressões torácicas por técnicas adequadas e efetivas, utilizar força suficiente para abaixar o esterno, numa profundidade adequada à idade da vítima (socorrista leigo) ou que gere pulso palpável (profissional de saúde).
- Uso do desfibrilador automático externo.

FIGURA 2. Aula de SBV em pediatria para alunos do 1º ano do Curso Médico.

FIGURA 3. Aula de SBV no adulto para alunos do 1º ano do Curso Médico.

O ensino e o treinamento destas habilidades de maneira segura, vendo a manobra e executando-a, permite que o aluno se sinta mais capacitado para realizá-las, frente às situações de emergência reais.

Primeiros Socorros – Seminários

Em três encontros são introduzidos temas de primeiro atendimento às emergências, em forma de seminários. Os alunos conhecem os temas, recebem bibliografia e preparam previamente o seminário. Os temas abordados são: primeiro atendimento nos acidentes por práticas esportivas, intoxicações exógenas e acidentes por animais peçonhentos. Os temas escolhidos são de relevância em relação às atividades do cotidiano dos alunos, que poderiam se deparar com casos em que, como estudantes de medicina, seriam acionados.

Um professor do Centro de Traumatologia do Esporte/Unifesp faz a apresentação dos primeiros atendimentos frente a este tipo de trauma. Um especialista do Hospital Vital Brasil participa do seminário sobre acidentes com animais peçonhentos, e o tema intoxicações exógenas tem sido orientado por profissional do Centro de Intoxicações da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. O enfoque sempre deve ser a prevenção de acidentes e o primeiro atendimento com menor possibilidade de erro e sem comprometimento da vítima.

É ressaltada a importância de que algumas ações simples podem evitar grandes complicações futuras e até mesmo manter a possibilidade de salvamento de vítimas nestes acidentes graves. Outro ponto importante é que, para prestar uma assistência adequada, é necessário que haja condições de segurança para quem presta o socorro. Sempre é discutido *o que não deve ser feito* em situações específicas, já que há muitos conceitos populares errôneos na primeira abordagem de algumas situações, como acidentes com animais peçonhentos, por exemplo.

A AVALIAÇÃO DO ALUNO

- Avaliação subjetiva: a avaliação é feita considerando-se o aproveitamento, assiduidade, pontualidade e habilidades adquiridas durante o treinamento.
- Avaliação objetiva: avaliação formal com prova constando de trinta questões do conteúdo do SBV no adulto/pediátrico e dos seminários.

CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS

O módulo de Suporte básico de vida e primeiros socorros possibilita ao aluno do curso de Medicina assumir determinada postura frente a uma urgência. Este mesmo aluno deverá ser retreinado durante o curso, adquirindo mais conhecimentos técnicos, em uma escala progressiva. A questão da continuidade da abordagem do tema emergências encontra-se em discussão, pois na atual estrutura há um hiato entre a 1ª série (Suporte básico de vida e primeiros socorros), 2ª série (Atendimento pré-hospitalar do trauma) e a 6ª série, quando o aluno entra efetivamente em contato com os serviços de emergências clínicas e cirúrgicas e são abordados conteúdos relacionados ao suporte avançado de vida no adulto e na criança.

A EQUIPE

Desde a implantação da unidade curricular, em 2003, contamos com muitos colaboradores:

Anelise Del Vecchio Gessullo
Angela Ikeda
Cristina Malzoni Ferreira Mângia

Gisele Limongeli Gurgueira
Graciete Maria Barradas
Karen Rose F. Sahade
Leandro Guimarães Peyreau
Renata Mantovani
Rita Simone Lopes
Simone Brasil de Oliveira Iglesias
Vera Lucia Sdepanian

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHA. 2000a. *Suporte Básico de Vida para Profissionais de Saúde*. Dallas/Texas, AHA.

AHA. 2000b. *Pediatric Basic Life Support: Circulation.* 102, pp. I-253.

BIROLINI, D. *et al.* 2004. "Atendimento a Desastres. Manual de Treinamento". *Atendimento a Desastres*. São Paulo, Equador, pp. 1- 114.

HOSSNE, W. S. 1994. "Relação Professor-Aluno: Inquietações-Indagações-Ética". *Rev. Bras. Educ. Med.*, 18(2), pp. 49-94.

MANGIA, C. M. F. 2006. "Modelo Prognóstico para Crianças Gravemente Enfermas Internadas em Unidade de Cuidado Intensivo" [Tese de Doutorado]. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, curso de Medicina.

MINISTÉRIO da Saúde. 2007. Saúde da Criança. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=151, acesso em 15 abr. 2007.

MINISTÉRIO da Saúde. 2007. Programas de Saúde/SAMU. Brasília. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456, acesso em 15 abr. 2007.

ONG Scottish Rite Children's Medical Center. 2007. *Wellness & Safety Information for Your Child*. Atlanta. Disponível em http://www.choa.org/default.aspx?id=9, acesso em 15 abr. 2007.

PHILLIPS, B.; ZIDEMAN, D.; GARCIA-CASTRILLO, L.; FELIX, M.; SHWARZ-SCHWIERIN, U. & EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. 2001. "European Resuscitation Council Guidelines 2000 for Basic Paediatric Life Support.

A Statement from the Paediatric Life Support Working Group and Approved by the Executive Committee of the European Resuscitation Council". *Resuscitation*, 48(3), pp. 223-229.

Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. 2007. Disponível em http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoes_saude, acesso em 15 abr. 2007.

Sociedade Brasileira de Pediatria. 2007. *Educação Médica Continuada/Curso de Suporte de Vida Avançado em Pediatria/Suporte Básico de Vida*. Rio de Janeiro. Disponível em http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=744&tipo=S, acesso em 15 abr. 2007.

World Health Organization. 2002. *Integrated Management of Childhood Illness.* Geneva, World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm, acesso em 15 abr. 2007.

8

Módulo: Introdução às Técnicas Básicas nos Cuidados em Saúde

Suzete Maria Fustinoni e
Maria Lucia Fernandez Suriano

INTRODUÇÃO

O CURSO DE graduação em Medicina tem como um dos objetivos formar um profissional com conhecimento técnico sólido e acesso a um vasto leque de opções de procedimentos utilizados na sua formação profissional.

O módulo de Introdução às técnicas básicas na formação do graduando em Medicina reveste-se de uma importância fundamental e, muitas vezes, torna-se um desafio para o discente, pela necessidade de aliar conhecimentos específicos, habilidades motoras e capacidade de observação.

No ensino de graduação em Medicina, esse módulo se desenvolve durante o ciclo básico no segundo semestre do primeiro ano. Logo, podemos relatar que ocorre o primeiro contato do aluno com o paciente no qual ele tem um papel mais definido, de aprendizado, no sentido de desenvolver uma ação.

A disciplina tem, ainda, como objetivo dar continuidade ao processo iniciado no primeiro semestre com sua realidade profissional e, para tanto, volta-se para o ensino e o desenvolvimento das técnicas básicas, sem perder de vista o ser humano como um todo. Para a realização da técnica é preciso desenvolver no aluno, entre outras habilidades e comportamentos, a habilidade psicomotora que se constitui em um dos instrumentos básicos compreendidos como conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis para se executar o trabalho de forma eficiente.

O processo ensino-aprendizagem das habilidades psicomotoras ocorre por meio das aulas expositivas, demonstrativas e de repetição prática dos procedimentos realizados no laboratório de habilidades (Centro Alfa de Habilidades), o qual se tem constituído em um excelente campo de aprendizado. Nele os alunos têm a oportunidade de iniciar e de desenvolver as habilidades manuais sem a presença do paciente ou cliente e, assim, adquirir confiança e segurança para o estágio supervisionado, etapa imediatamente posterior a essa atividade.

O estágio supervisionado não é apenas um lugar para aplicar conhecimentos, mas é também o local privilegiado para desenvolver a identidade profissional e ainda é o momento em que os alunos terão a oportunidade de executar técnicas, identificar-se com a realidade profissional desenvolvendo habilidades e competências.

Assim, a atividade prática, compreendida como o cerne da educação profissional, vai sedimentar os conhecimentos adquiridos e desenvolver valores profissionais.

Portanto, a introdução desta disciplina propicia ao aluno uma vivência inesquecível e transformadora. Ela fornece subsídios mínimos para o aluno participar do complexo atendimento de um paciente que busca um serviço de saúde, dando-lhe a possibilidade de desenvolver alguns procedimentos fundamentais básicos-teóricos, teórico-práticos e práticos. Cabe ressaltar que o ensino dos procedimentos técnicos nessa disciplina não se dá de forma meramente tecnicista, sem reflexão e pouca fundamentação científica: a execução das téc-

nicas visa a facilitar seu trabalho, porém, sem deixar de considerar o indivíduo que está recebendo o cuidado.

No ensino da introdução a técnicas básicas, os conteúdos ministrados serão descritos a seguir.

O CONTEÚDO MINISTRADO

Sinais Vitais

Sinais vitais são aqueles que evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal (Ohl, Michel & Lopes, 2002). Dentre os inúmeros sinais que são utilizados na prática diária para o auxílio do exame clínico, destacam-se: a pressão arterial, o pulso, a temperatura corpórea e a respiração, por estarem relacionados com a própria existência da vida. Podem ser observados, medidos e monitorados para acessar o nível físico de atividade de um indivíduo. Os valores normais da medição dos sinais vitais variam conforme a idade e o estado da pessoa.

O aluno deve ter a competência de (Intranet):

- Selecionar materiais e equipamentos necessários ao procedimento, assim como verificar o seu funcionamento.
- Identificar as medidas dentro do padrão de normalidade dos sinais vitais e reconhecer a importância das mesmas na avaliação da saúde do cliente/paciente.
- Identificar as posições corretas para exames.

Precauções Padrão

Um grande número de enfermidades potencialmente transmissíveis pode acometer os profissionais de saúde. Os acidentes mais comuns por contato com secreção biológica potencialmente contaminada são, em ordem de freqüência (Craven & Hirnle, 2006; Intranet): 1. lesão

com agulhas (perfuração); 2. lesão cortante; 3. sangue em membrana mucosa; e 4. sangue em pele não intacta. As lesões causadas por agulhas com resíduo visível de sangue fresco possuem o maior risco de contaminação, enquanto que respingos em superfícies mucosas e/ou pele intactas apresentam o menor risco.

Existem algumas medidas de prevenção chamadas precauções básicas, que devem ser utilizadas em todos os casos em que a assistência ao paciente envolva manipulação de sangue, secreções e excreções e contato com mucosas e pele não íntegra. As precauções básicas não dependem do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. As precauções básicas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para reduzir a exposição ao sangue e outras secreções biológicas, e os cuidados específicos para manipulação e descarte de instrumentos perfuro-cortantes contaminados. É importante que todos os profissionais, em todos os níveis, supervisionem e incentivem o uso dos EPI.

São ensinadas também as técnicas de lavagem das mãos, colocação de luva de procedimentos e a técnica adequada para a sua retirada, colocação de luva cirúrgica esterilizada e o procedimento correto para a sua retirada na prática de laboratório.

Administração de Medicamentos por Via Parenteral

A administração de medicamentos envolve uma série de etapas que devem ser cumpridas de acordo com a prescrição médica, o estado geral do paciente e o tratamento utilizado para a doença (Craven & Hirnle, 2006; Intranet).

Para o profissional médico é necessário conhecimento da farmacocinética e farmacodinâmica, avaliando os efeitos terapêuticos e adversos dos medicamentos sobre o organismo, para prescrever o medicamento de forma adequada com relação à dosagem, à via de administração, ao intervalo de tempo e à duração do tratamento.

O aluno de Medicina deverá saber administrar os medicamentos nas vias parenterais por serem geralmente absorvidos de maneira mais completa e de ação mais rápida do que os medicamentos administrados por via oral ou tópica.

Os conteúdos teórico e prático são ministrados em laboratório, onde o aluno tem a oportunidade de manusear os materiais, identificando a agulha adequada relacionada ao tamanho da seringa para administração intradérmica (ID), subcutânea (SC), intramuscular (IM) e intravenosa (IV), conforme solubilidade do medicamento a ser administrado. Os conhecimentos sobre anatomia são resgatados para a realização das técnicas de punção venosa, injeção ID, SC, IM e IV, relacionados ao volume máximo permitido para administração do medicamento; além disso, os alunos aprendem a colocar o paciente na posição correta para administração de medicamentos nessas vias. Deverá também identificar as reações adversas aos medicamentos e no local de punção, se não for aplicado no espaço ou sítio pretendido, podendo ocorrer reações adversas ao medicamento e lesão tissular.

O aluno deve ter a competência de (Intranet):

- Selecionar materiais necessários ao procedimento.
- Identificar o medicamento, a via de administração, a dose, o horário e o paciente, para administração adequada do medicamento.
- Identificar as posições que o paciente deverá ficar conforme a via de administração (ID, SC, IM, IV).
- Identificar as complicações decorrentes da administração inadequada, quando o medicamento não for aplicado no espaço ou sítio pretendido, podendo ocorrer reações adversas ao medicamento e lesão tissular.

Curativos

O conhecimento do processo de cicatrização das feridas é crucial para a realização do curativo adequado, cobertura e aplicação de

soluções, pomadas ou outros medicamentos (Craven & Hirnle, 2006; Intranet).

Para o profissional médico é necessário conhecimento da anatomia, processo cicatricial, farmacocinética e farmacodinâmica, avaliando os efeitos terapêuticos e adversos dos medicamentos sobre o organismo, para prescrever o curativo adequado, o intervalo de tempo e a duração do tratamento.

O aluno de medicina deverá saber realizar os curativos com técnica asséptica adequada, saber identificar a melhor cobertura, qual solução antisséptica necessária para limpeza, o uso ou não de pomadas cicatrizantes ou desbridantes.

Os conteúdos teórico e prático são ministrados em laboratório, onde o aluno tem a oportunidade de manusear os materiais, identificando as pinças utilizadas para o curativo e a técnica correta para o seu manuseio, o manuseio de material esterilizado, os diferentes tipos de coberturas utilizadas relacionando ao tipo de ferida, a utilização ou não de soluções e pomadas.

O aluno deve ter a competência de (Intranet):

- Selecionar materiais necessários ao procedimento.
- Identificar o tipo de ferida para a realização do curativo.
- Identificar as soluções e pomadas que poderão ser utilizadas.
- Identificar a melhor cobertura que deverá ser utilizada relacionando ao tipo de ferida.
- Utilizar as técnicas assépticas para a realização do curativo.

Os alunos são orientados a utilizar a Intranet, onde podem ter acesso fácil a todos os manuais dos procedimentos utilizados nos hospitais gerenciados pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), com a descrição das técnicas ministradas nas aulas teóricas e práticas no laboratório. Além disso, está disponível este material numa pasta, com as técnicas impressas em folha, que fica numa copiadora pré-determinada pela coordenadora da disciplina.

ESTÁGIO PRÁTICO

É realizado nas doze unidades básicas de saúde (UBS) da Coordenadoria de Saúde Sudeste do município de São Paulo, onde os alunos são acompanhados por professores da Escola Paulista de Enfermagem-Unifesp, durante o segundo semestre do 1º ano de Medicina, sempre às segundas-feiras, com carga horária total de 44 horas, distribuídas entre dezesseis horas de teoria e 28 de prática. Os alunos, durante o estágio prático, têm contato direto com o paciente, realizando os procedimentos descritos anteriormente, procurando aproximá-los da realidade e rotina das UBS, dos programas de saúde desenvolvidos, tanto na prevenção como no tratamento e acompanhamento destes pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este módulo visa uma prática planejada, não esporádica, metódica, compromissada com os resultados, elaborada teoricamente, seqüencial e cumulativa; facilita o aprendizado e cria oportunidades de aprender a aprender. Esse compromisso com a qualidade formal da teoria e da prática leva ao outro lado dela, ou seja, à prática da cidadania, na qual a instrumentação científica aparece embasando a profissão também como forma de ação social.

É preciso ter competência técnica, mas também ser cidadão atuante, fundamentando essa cidadania com a instrumentação científica adequada.

Referências Bibliográficas

Craven, R. F. & Hirnle, C. J. 2006. *Fundamentos de Enfermagem. Saúde e Função Humanas.* 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 502-560.

OHL, R. I. B.; MICHEL, J. L. M. & LOPES, R. S. 2002. "Exame Físico Geral. Cap. VI". In: BARROS, A. L. B. L. (org.). *Anamnese e Exame Físico. Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto*. Porto Alegre, Artmed.

INTRANET. Disponível em https://intranet.unifesp.br.

9

Módulo: Atendimento Pré-hospitalar do Trauma

Luiz Francisco Poli de Figueiredo, Simone de Campos Vieira Abib, João Aléssio Juliano Perfeito, José Honório Palma e Daniela Paoli de Almeida Lima

INTRODUÇÃO

O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO TRAUMA

O TRAUMA É uma doença de proporções endêmicas e um dos maiores problemas de saúde pública mundial. É a principal causa de morte na população até 44 anos de idade. Nos sobreviventes, a incidência de seqüelas temporárias ou permanentes é muito elevada. O custo do tratamento inicial, das internações e do tratamento das seqüelas consome grande parte dos recursos destinados à saúde pública.

Segundo Krug (1999), em relatório da Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 5,8 milhões de pessoas morreram vítimas de trauma no mundo, em 1998, o que representa 97,9 óbitos por 100 000 de população. Destes, aproximadamente 800 000 óbitos e cinqüenta milhões de seqüelados estão na faixa etária de zero a catorze anos de idade. É importante ressaltar que, para cada óbito, estima-se uma média de quatro seqüelados graves, que ficarão dependentes por

muitos anos. Os impactos familiar, social e financeiro são imensuráveis. O treinamento de recursos humanos evita óbitos e seqüelas causados pelo assim chamado "segundo trauma". Stewart *et al.* (2003) analisaram os óbitos de pacientes traumatizados e constataram que haveria diminuição no número de óbitos em 13% se houvesse melhorias no tratamento. Mudanças de comportamento das vítimas teriam evitado 50% dos óbitos.

Todo médico deve ser capaz de atuar nos três níveis de prevenção e assistência ao trauma, quais sejam:

- Primário: evitar que o trauma aconteça, através de educação. O profissional de saúde deve estar habilitado a fornecer informações corretas à população.
- Secundário: estar apto a atender de forma correta o traumatizado durante o primeiro atendimento, além de saber acionar os recursos humanos e estruturais necessários ao tratamento definitivo, tanto na fase pré-hospitalar quanto na fase hospitalar.
- Terciário: trabalhar na reabilitação do traumatizado, cujo objetivo final é a sua reinserção na sociedade.

A integração das diversas fases do atendimento ao politraumatizado beneficia a sociedade e o doente, além de motivar estudantes e profissionais envolvidos a ampliar os horizontes de conhecimento e de atuação.

A partir da criação de um convênio entre a Unifesp, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e o Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo (193), em março de 2004, a Pró-Reitoria de Graduação e a Comissão do Curso Médico apoiou a sugestão da disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental, a qual tem atuado nesta área, de inserir na graduação uma unidade curricular que abordasse os níveis primário e secundário de assistência ao trauma. Assim, a partir de 2004 foi inserida a unidade curricular – Assistência Pré-Hospitalar do Trauma, ministrada ao 2º ano da graduação

da Medicina, pela disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. Foi também criado o programa Pré-Hospitalar Universitário, com intenso envolvimento dos residentes de Cirurgia, sob a orientação da mesma disciplina. A Unifesp-EPM é a primeira universidade do país a inserir oficialmente na grade curricular dos alunos de Medicina o tema do pré-hospitalar.

Como fase inicial desta parceria, um projeto piloto foi realizado em 2003 com os alunos da Liga Acadêmica do Trauma, da Liga Acadêmica da Técnica Operatória e alunos de Enfermagem da Unifesp, que fizeram um treinamento teórico-prático e, uma vez capacitados, iniciaram um estágio com plantões nas unidades de resgate avançado. O resultado foi muito favorável, tendo havido motivação e envolvimento intensos tanto da Unifesp-EPM quanto do Corpo de Bombeiros.

As seguintes considerações constituíram as bases para a criação do convênio entre a Unifesp-EPM, SAMU e o Corpo de Bombeiros do Estado de São Paulo, o qual permitiu o desenvolvimento dessa unidade curricular:

1. O trauma e a disfunção de órgãos pós-trauma representam um dos maiores problemas de saúde pública mundial. A Unifesp-EPM é um dos mais importantes centros de formação de médicos e outros profissionais da área de saúde, e de reconhecida competência na pesquisa, geração de conhecimento e atendimento de pacientes gravemente enfermos, enquanto o Corpo de Bombeiros é a instituição soberana no primeiro atendimento de catástrofes e de vítimas de trauma, juntamente com o SAMU.
2. Tem-se constatado uma carência na formação médica, pouco capacitada em reconhecer toda a sistemática da cena do trauma e da segurança local, atendimento a catástrofes, fundamentais no atendimento pré-hospitalar. Não havia na grade curricular nenhuma unidade que abordasse de forma sistemática esses conteúdos –

conceitos e princípios da medicina de urgência realizada ainda na fase imediata ao trauma.

3. Os primeiros minutos e horas após o trauma constituem-se nas fases mais importantes do atendimento, sendo que a sobrevida do paciente pode ser determinada neste momento e, para que haja um atendimento padrão, é necessário que o mesmo seja disciplinado, normalizado, treinado e periodicamente reavaliado e certificado.
4. A melhoria da formação de estudantes de Medicina tem implicações de cidadania importantes, pois, perante qualquer catástrofe ou acidente, há freqüentemente um médico ou estudante de medicina apresentando-se para auxiliar. Entretanto, o profissional ou estudante deve ter noções básicas de segurança da cena e do mecanismo de trauma envolvido, para acionar corretamente os recursos necessários, zelando pela sua própria segurança enquanto toma as providências.
5. A vocação médica é salvar vidas, exatamente a mesma do Corpo de Bombeiros. Entretanto, os importantes conhecimentos dos bombeiros médicos do SAMU e do GRPAE (Grupamento de Radiopatrulhamento Aéreo) são pouco compartilhados com os médicos. São vários exemplos de médicos mortos atropelados ao tentar socorrer vítimas de acidente em estradas por erros muito básicos.
6. Atualmente, o retorno por parte dos médicos aos bombeiros, em relação à evolução das vítimas por eles atendidas por ambos é praticamente inexistente e pouco se discute sobre uma eventual melhoria em determinadas intervenções e no atendimento em geral. O pouco que é documentado deveria ser transformado em informação relevante para ser compartilhado com a comunidade médica, com a comunidade pública e com a classe política. O ambiente pré-hospitalar, integrado ao ambiente acadêmico, permitiria o rápido desenvolvimento desta importante área do conhecimento e a disseminação de informações.

7. Os alunos da Escola de Bombeiros poderão receber dos docentes da Unifesp uma formação prática dentro do Hospital São Paulo da Unifesp-EPM, na sala de emergência, sala de parto, centro cirúrgico e laboratório de procedimentos, conforme prioridades estabelecidas e dentro dos limites de atuação profissional, ampliando conhecimento e qualificações.
8. Como o espírito de desenvolvimento e aprimoramento que norteia este convênio, existe também a intenção de integrar os oficiais e praças pertencentes ao Corpo de Bombeiros, assim como integrantes da Secretaria de Saúde nos cursos de pós-graduação da Universidade, dentro de linhas de pesquisa já em andamento, principalmente no campo das emergências médicas.
9. A Unifesp-EPM tem a infra-estrutura necessária para a criação de banco de dados informatizado e de mecanismos para a criação e veiculação de cursos de treinamento à distância e gerenciamento do sistema resgate, com potencial para disseminar conhecimento e desenvolver tecnologia e propor inovações para posterior utilização pelos bombeiros em larga escala.

Finalmente, a experiência positiva na Residência Médica de Cirurgia favoreceu a elaboração e operacionalização dessa proposta. O residente de Cirurgia acompanha a equipe que efetua o exame do acidentado e presta os suportes básico e avançado, orientado pelo médico do SAMU. Os dados são transmitidos ao médico, no Centro de Operações de Bombeiros (Cobom), as informações mais detalhadas quanto ao seu estado, acompanhando a estabilização e remoção da vítima em unidades de suporte avançado, preferencialmente ao Hospital São Paulo, onde pode documentar e acompanhar a evolução do caso para posterior discussão com alunos, membros do Corpo de Bombeiros, residentes, médicos e docentes da Unifesp-EPM. Os casos atendidos são analisados semanalmente na Unifesp-EPM, apresentados pelos residentes que participaram do atendimento pré-hospitalar, com farta documentação.

Os casos são discutidos pelos docentes de diversos departamentos da Unifesp-EPM, por bombeiros, médicos do SAMU, legistas e outros, com o objetivo de avaliar o tratamento e propiciando as bases da otimização em todas as fases, enfocando na análise crítica e na prevenção dos erros. Desta forma, uma linguagem comum é criada na *interface* das fases pré e intra-hospitalar do atendimento ao traumatizado.

OBJETIVOS DA UNIDADE CURRICULAR

- Conhecer o serviço de atendimento às emergências da Secretaria da Saúde e seu vínculo com o Corpo de Bombeiros.
- Aplicar corretamente os conhecimentos no atendimento adequado às vítimas encontradas em locais públicos ou em áreas de difícil acesso e transportá-las convenientemente para a rede hospitalar credenciada. Também são abordados princípios do atendimento a catástrofes.
- Conhecer os equipamentos de remoção e as técnicas de corte de veículos e estruturas que estejam impedindo a retirada das vítimas das ferragens.
- Saber acionar corretamente com o Cobom a respeito da situação e da vítima.
- Dirigir responsavelmente, defensivamente, de modo a evitar acidentes.
- Despertar no cidadão o hábito da solidariedade.
- Conhecer e evitar acidentes.

PROGRAMA

Consta de um programa teórico de oito horas, ministrado na Unifesp-EPM, e prático, também de oito horas, com intenso treinamento na Escola de Bombeiros, em Franco da Rocha.

Conteúdo Teórico – Unifesp-EPM

- Importância do programa pré-hospitalar universitário.
- O sistema de resgate: conceito; estrutura; recursos humanos e materiais; gerenciamento operacional; catástrofes.
- Local de ocorrência: acionamento; segurança da cena, do socorrista, do socorrido; potencial de risco.
- Mecanismos de trauma: colisões; ferimentos penetrantes; quedas; queimaduras e outros.
- Prioridades no atendimento do trauma – O ABCDE: via aérea; respiração; circulação; neurológico; avaliação secundária.
- Prova: conduta perante um caso real.

Conteúdo Prático – Escola de Bombeiros-Franco da Rocha

- Avaliação de vítimas.
- Técnicas de manipulação, imobilização e transporte.
- Triagem.
- Parada cardiorrespiratória.
- Salvamento aquático.
- Salvamento em altura.
- Salvamento terrestre.
- Presos em ferragens
- Salvamento em espaço confinado.
- Simulado de triagem com múltiplas vítimas.
- Avaliação.
- Discussão dos casos atendidos em reuniões semanais.

FIGURAS 1 E 2. Alunos empregando as técnicas corretas de manipulação e imobilização de vítimas de trauma.

PERSPECTIVAS

A disciplina de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Unifesp é a responsável e fornece o suporte técnico aos alunos de graduação e aos residentes de Cirurgia. Nas dependências desta disciplina são realizados também os treinamentos e simulações. Na pós-graduação, dentro da linha de trauma, conta-se com um incremento no número de teses, tendo em vista que não só médicos e enfermeiras poderão dedicar-se às pesquisas, como também todo pessoal de nível superior proveniente das diversas instituições governamentais ou não. O uso do Centro Alfa de Habilidades tem sido de grande importância para o desenvolvimento de cenários e simulações, capazes de treinar e certificar os diversos profissionais nas diversas manobras críticas do atendimento das vítimas de trauma, não só para alunos, residentes, mas também para os médicos do Resgate.

OS COLABORADORES DA UNIDADE CURRICULAR

Tem sido ministrado pelos instrutores dos Bombeiros e os seguintes docentes e médicos da Unifesp-EPM: Prof. Dr. José Honório Palma Fonseca (docente da Unifesp e Major da Polícia Militar responsável pelo Resgate), Prof. Dr. João Aléssio Juliano Perfeito (chefe da disciplina de Cirurgia do Tórax), Profa. Dra. Simone de Campos Vieira Abib (cirurgiã responsável pelo ATLS, pela Liga de Trauma e pelo setor de Trauma na disciplina de Técnica Operatória da Unifesp), pela Profa. Dra. Daniela Paoli de Almeida Lima (médica do SAMU), Prof. Dr. Luiz Francisco Poli de Figueiredo (professor titular da disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental, coordenador deste projeto).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIB, S. C. V.; SCHETTINI, S. T. & POLI DE FIGUEIREDO, L. F. 2006. *Prehospital Pediatric Trauma Classification (PHPTC) as a Tool for Optimizing Trauma Care Resources in the City of São Paulo, Brazil*. Acta Cirúrgica Brasileira; 21 (1): 6-11.

KRUG, E. 1999. *Injury: A Leading Cause of the Global Burden of Disease. Violence and Injury Prevention.* Department for disability/injury prevention and rehabilitation. Social change and mental health cluster. World Heath Organization. Geneva.

STEWART, R. M.; MYERS J. G.; DENT, D. L.; ERMIS, P. *et al.* 2003. *Seven Hundred Fifty-three Consecutive Deaths in a Level I Trauma Center: The Argument for Injury Prevention*. *J. Trauma*; 54(1): 66-71.

10

Módulo: Saúde Coletiva Políticas de Saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde

Rosemarie Andreazza, Francisco Antonio de Castro Lacaz, Sandra Maria Spedo, Nicanor Rodrigues da Silva Pinto e Wanda Nascimento dos Santos Sato

Devemos assumir que somos responsáveis,
com nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã.
Ou fazemos diferente, ou não o será.
Paulo Freire

introdução: a trajetória da unidade curricular de saúde coletiva: o ensino do sus na graduação da unifesp

Historicamente, reportamo-nos ao ano de 1995, quando passados sete anos da promulgação da Constituição Federal (Brasil, 1988), na qual a saúde passara a ser um direito social, previsto enquanto política pública, como atribuição de um Sistema Único de Saúde (sus). Cinco anos da aprovação das leis 8.080/90 e 8.142/90[1] (Brasil, 1990a; Brasil,

1. A lei 8.080 foi aprovada em setembro de 1990 e trata das atribuições e atividades do sus de conformidade com seus princípios e diretrizes, ao passo que

1990b), as chamadas "Leis Orgânicas da Saúde", que regulamentaram o funcionamento do SUS e a então Escola Paulista de Medicina (EPM) pouco contemplava os conteúdos sobre tal temática no curso de graduação em Medicina.

No que se refere ao ensino, tal realidade refletia-se na preocupação dos estudantes do sexto ano médico que procuravam o apoio de médicos sanitaristas do departamento de Medicina Preventiva (DMP) da EPM para "aulas de revisão" sobre o SUS, visando as provas de residência médica, da qual sempre constavam – e ainda constam – perguntas sobre o assunto.

Quanto à relação com os serviços públicos de saúde, o DMP gerenciava o Centro de Saúde Escola, à semelhança do que ocorria com outros departamentos, desde 1960. A partir da década de 1980, discutia-se no âmbito do departamento a necessidade de uma maior integração dos Serviços de Saúde com a Universidade. Um projeto de integração docente-assistencial com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) foi desenvolvido, durante esses anos, na região sudeste do município de São Paulo. Entretanto, essa experiência foi interrompida no início dos anos de 1990, pelas dificuldades encontradas tanto no próprio departamento quanto na rede pública de serviços de saúde.

A partir de 1995 ocorre uma articulação dentro do DMP, na busca por conhecimento sobre as experiências existentes de articulação entre a Universidade e os Serviços de Saúde do SUS e no ensino de graduação dessa área. Neste sentido, foi realizado, com apoio institucional e financeiro da Reitoria, no mês de outubro deste mesmo ano, um seminário que contou com a participação de representantes da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), do departa-

a lei 8.142, aprovada em dezembro do mesmo ano, tratou dos vetos do então presidente Collor de Mello aos artigos referentes ao controle social e ao financiamento do SUS.

mento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, do departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (Unesp) e do departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No seminário, os convidados discorreram sobre a experiência acumulada na perspectiva da relação universidade/serviços públicos de saúde e dos processos de reforma de currículo.

Concomitantemente, ainda em 1995, foram criadas as condições que permitiram reabrir um processo de discussão e de construção de um projeto de integração entre a universidade e a rede pública de serviços de saúde. O projeto propunha um modelo que buscava superar a concepção de Centro de Saúde Escola, estruturando-se um Distrito de Saúde Escola, na região sudeste da capital, incluindo o complexo hospitalar universitário, assumindo o ideário da integração docente-assistencial (IDA). Segundo definição de Marsiglia (1995, p. 31), a integração docente-assistencial é "união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequando às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e a formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino".

Esses movimentos internos ao departamento eram também resultado da demanda da Reitoria da recém-criada Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), para que os estudantes de medicina tivessem um contato mais próximo com a rede de serviços do SUS, na perspectiva da aproximação do aparelho formador, ou seja, a Universidade, com o sistema de saúde que iria utilizar a mão-de-obra formada, conforme previa a própria Constituição Federal de 1988, como importante atribuição do SUS.

Para a construção do Distrito de Saúde Escola, com o apoio institucional da Reitoria, buscou-se a assessoria, durante o ano de 1997, do

Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa), vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para capacitar seus técnicos e de outros departamentos da Unifesp-EPM, visando uma articulação da Universidade que envolvesse ensino e pesquisa, com uma rede de serviços públicos de saúde, num território delimitado e próximo à Unifesp, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde.

No âmbito nacional assistia-se a um intenso movimento pela transformação da educação médica, a partir da criação, em 1991, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), que reunia a representação de professores, estudantes, médicos residentes, conselhos regionais e federal de medicina, gestores dos serviços de saúde e das instituições formadoras e assessores técnicos. O movimento pela transformação da formação dos profissionais de saúde, em particular do ensino médico, mobilizou distintas instituições e associações do setor saúde, como a Rede Unida, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Abrasco, dentre outras. O próprio Conselho Nacional de Saúde assume um papel na luta por esta transformação, ao iniciar a discussão sobre o perfil profissional para o SUS.

Nesse contexto, um grupo de profissionais, oriundos do departamento de Medicina Preventiva e do departamento de Enfermagem, que atuavam junto ao Centro de Saúde Coletiva (Cesco), elaborou um projeto de ensino em Saúde Coletiva para os cursos de graduação da Unifesp. Esse projeto foi encaminhado e discutido em instâncias da Universidade, vinculadas à graduação e, dado o processo de mudança curricular da graduação em Medicina, foi possível implementá-lo, parcialmente, para o 3º ano de Medicina. Assim, em 1999, a unidade curricular de Saúde Coletiva foi introduzida no curso.

Escrever esse capítulo tem como objetivos rever essa experiência e apontar os referencias teóricos que foram norteando as escolhas pedagógicas da unidade curricular, no sentido de contribuir para a dis-

cussão sobre o ensino da saúde coletiva na formação dos profissionais de saúde e também dos processos de reformas curriculares. Espera-se que, ao contar essa trajetória, seja possível provocar indagações sobre os caminhos e descaminhos das transformações curriculares, hoje presentes na quase totalidade das instituições de educação superior de profissionais de saúde.

A CONSTRUÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR E OS PRESSUPOSTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Acompanhando as discussões sobre a necessidade de mudança na educação dos profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em atender às demandas sociais (Campos, 1999; Feuerwerker, 2004), iniciou-se o planejamento da unidade curricular (UC) de Saúde Coletiva com a preocupação "de fazer diferente". Era preciso aprender uma nova forma de ensinar e aprender; não se poderia realizar o ensino desse campo a partir de processos pedagógicos tradicionais baseados na transmissão de conhecimento, em que os únicos fatores de exposição seriam o professor, os livros, as apostilas, as fotocópias do caderno... (Freire, 1996; Berbel, 1998).

As várias experiências do ensino da Saúde Coletiva, na graduação dos profissionais de saúde, naquele momento evidenciavam a falência desse modo de ensinar e apontavam de forma inequívoca que os processos de ensino-aprendizagem deveriam buscar diminuir o grau de abstração do campo e inverter o processo, aproximando/inserindo o estudante nos espaços concretos/reais da vida dos usuários do SUS, ou seja, nos seus locais de moradia e trabalho e nos próprios serviços de saúde (Campos, 1999; Cyrino, 2004; Marins, 2004).

Desde o movimento da Reforma Sanitária, aponta-se "a necessidade de profundas transformações das instituições de ensino, de modo a permitir que os trabalhadores estejam plenamente imbuídos dos sen-

tidos e competências políticas, científicas, éticas e humanistas que permitam avançar na produção da saúde" (Macêdo *et al.*, 2006, p. 220). A partir da compilação de informações constantes na legislação, desde a Constituição Federal, as leis que regulamentam o SUS e as resoluções aprovadas nas instâncias de controle social do mesmo (conferências e conselhos de saúde), Ceccim *et al.* (2002) deixam evidente seu papel constitucional na formação de recursos humanos e a premissa de que os serviços de saúde que o integram constituem campo de prática para o ensino e para a pesquisa. Assim, no relatório da IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1993, já havia a recomendação para "a transformação no desenho dos cursos da área de saúde, em prol da formação de profissionais com uma visão integral, comprometimento social e formação geral [...] além da efetiva integração entre instituições de ensino e sistema de saúde" (Macêdo *et al.*, 2006, p. 221).

O projeto de ensino desse grupo da Unifesp, que tinha o objetivo centrado na aproximação ao SUS a intenção de propor um "jeito diferente de fazer o ensino", apresentava limites importantes. A Unifesp propunha e conduzia uma reforma curricular, desde 1997, para o curso de Medicina, na qual as inovações curriculares eram bem-vindas, mas conviveriam com espaços ainda bastante tradicionais de ensino, seja pela não adesão dos professores ao projeto de reforma, seja por não sentirem a necessidade de tal mudança. A par disso, não havia naquele momento uma articulação, e quase nenhuma interlocução, entre essa nova UC e a Epidemiologia, a Sociologia Médica, a Bioestatística, a Nutrição e o estágio no Internato de Medicina Preventiva, que representavam as outras inserções do DMP no currículo médico.

Outro limite era a situação do SUS na cidade de São Paulo, em 1999. O município não havia iniciado, até esse momento, o processo de municipalização da saúde. Assim, conviviam dois sistemas independentes, um sob a gestão da SES-SP e outro sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A própria rede municipal de saúde estava fragmentada, na medida em que a maior parte dos servi-

ços estava sob a gestão do Plano de Assistência à Saúde (PAS) e alguns continuavam gerenciados diretamente pela SMS.

O cenário era contraditório, mas o coletivo dos professores envolvidos nesse projeto apostou em "fazer diferente". Para Pinheiro e Ceccim (2006, p. 13),

> [...] articular conceitos, percepções e sensações para produzir saberes sobre práticas de ensino [...] requer assumir a postura crítica e criativa de reconhecer possibilidades e colocar-se um desafio de "aberturas de possíveis". Esta resulta dos encontros que estabelecemos entre o conhecido e o desconhecido, permissão à "experienciação" e não à sobredeterminação do desconhecido pelo desconhecido.

Assumiu-se então o SUS, na radicalidade de seus princípios e diretrizes, como eixo estruturante da UC, utilizando-se como referenciais para a construção do seu projeto político-pedagógico a saúde como direito de cidadania, o conceito ampliado de saúde, o ensino centrado no estudante e a construção do conhecimento a partir de vivências na realidade dos territórios e dos serviços de saúde.

O questionamento dos processos tradicionais e/ou conservadores de ensino-aprendizagem tem ganhando espaço e evidência nos últimos anos, em particular na formação de profissionais de saúde. A busca por uma educação que atenda e/ou responda às novas demandas sociais também tem sido amplamente reconhecida e recomendada. Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004, p. 780), "o processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais [...] recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos". Nesse sentido, as estratégias de ensino-aprendizagem problematizadoras têm sido adotadas em distintas direções, intenções e instituições.

Berbel (1998) destaca, nessa mesma direção, as duas principais propostas de inovação na maneira de pensar, organizar e desenvolver

os cursos de formação de profissionais de saúde: a Metodologia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas. São propostas pedagógicas que têm como referencial a participação ativa do estudante na construção do seu conhecimento, trabalham por problema, podem ser englobadas nos processos de ensino-aprendizagem por descoberta (Cyrino & Toralles-Pereira, 2004).

Diferente das opções pedagógicas centradas na transmissão de conhecimento – o "ensino bancário", na qual o centro é o professor e o ensinar é o objetivo primordial, desarticulando-se na maioria das vezes do apreender, assumiram-se como referência para construir os processos de ensino-aprendizagem da UC os pressupostos teóricos defendidos por Paulo Freire. Segundo o autor (Freire, 1996, p. 24) "formar é muito mais que puramente *treinar* o educando no desempenho de destrezas [...] não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção". Para o autor, o papel do professor tem de estar centrado em uma ética "universal do ser humano" e

> [...] é preciso que desde o começo do processo, vá ficando cada vez mais claro que embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. É nesse sentido que ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo e alma a um corpo indeciso e acomodado (Freire, 1996, p. 25).

Os conteúdos da UC eram desenvolvidos a partir da realização dos trabalhos de campo, nos quais os estudantes reconheciam, através da observação e de entrevistas com lideranças comunitárias residentes no território, gestores da saúde e usuários, os problemas de saúde e também os serviços públicos de saúde de distintos níveis de complexidade existentes em um dado território do município de São Paulo. Os estudantes eram avaliados pelo desempenho, que incluía a sua participação nas atividades propostas, o seu interesse e envolvimento

nas discussões, associado a uma avaliação da apreensão cognitiva, de caráter somativo, que foi medida de distintas formas, desde a prova (realizada individualmente e/ou em dupla) até a realização de trabalhos e propostas de intervenção na região.

Ao se trabalhar em pequenos grupos de estudantes (de doze a vinte) coordenados por um ou dois professores, tendo como motivação para o aprendizado as vivências/visitas pré-estabelecidas no território (figura 1) e nos serviços públicos de saúde, tentava-se problematizar as observações, as percepções e os sentimentos trazidos pelos estudantes, construindo com eles o conhecimento e teorizando essas práticas. As visitas constituíam as "situações de aprendizagem", conforme definição de Bordenave e Pereira (2000), pois era a partir delas que propúnhamos aos estudantes o aprender e desenvolvíamos o ensinar.

Criavam-se estratégias diferenciadas de aprender e de ensinar, que se aproximam da Metodologia da Problematização, mas não o são na medida em que inexistia intervenção na realidade (Berbel, 1998).

FIGURAS 1 E 2. As atividades de campo: reconhecimento do território. Fotos: N. R. S. Pinto (1) e F. V. Pascalicchο (2)

Outro ponto de inovação utilizado foi a articulação dos cursos de Fonoaudiologia e Medicina, a partir de 2000, quando a UC Saúde Coletiva passou a ser desenvolvida de forma integrada para os dois cursos. Essa aproximação foi/é uma tentativa de colocar em prática experiências mais integradoras e compartilhadas na formação dos pro-

fissionais de saúde. A atenção à saúde vem cada vez mais demandando processos de trabalho em equipe, em que distintas práticas, saberes e olhares devem conversar, interagir e se expressar na forma de fazer o cuidado à saúde (Pinheiro & Mattos, 2004; Delandes, 2006).

A construção da UC teve a autoria de vários professores[2], já que todo o seu planejamento ocorreu de forma participativa e compartilhada a partir de reuniões periódicas. Esses espaços de encontro permitiram, em vários momentos, a reflexão crítica sobre a prática docente do grupo, propiciando momentos de avaliação para mudanças de caminhos da disciplina no decorrer da mesma e propostas para os próximos anos. Era o espaço de criação de soluções e resolução de problemas advindos do dia-a-dia do fazer a UC. Foi o local também de troca e aprendizagem dos professores. Podemos afirmar assim que, em certa medida, constituiu-se em um processo de educação permanente para os profissionais que participaram dessa experiência ao longo de oito anos de desenvolvimento da UC (Ceccim, 2005; Merhy, 2005).

Os estudantes também foram autores, na medida em que sua participação estabelecia mudanças no cotidiano da UC e também porque, desde o início, a avaliação da disciplina realizada por eles foi instrumento para o processo contínuo de transformações/mudanças da sua

2. Raquel de Aguiar Furuie (2006; 2005; 2004; 2003; 2002; 2001; 2000), Isis A. Casanova (2006; 2005; 2004; 2003; 2002), Francisco Vanin Pascalicchio (2003; 2002; 2001; 2000; 1999), Ana Lúcia Medeiros de Souza (2006; 2005; 2004; 1999), Eliana Tiemi Hayama (2006; 2005; 2001; 2000), Maria Angela Mello Barreto (2004; 2002; 2001; 2000), Angela Gordo (2006; 2005; 2004), Stella Maris Aguiar Lemos (2003; 2002; 2001), Eleonora Meniccucci de Oliveira (2001; 2000; 1999), Renato Nabas Ventura (2001; 2000; 1999), Herval Pina Ribeiro (2006; 2005), Neide Richopo (2005; 2004), Aloísio Cugginotti (2001; 2000), Maria Edith Sant'Anna (2001; 2000), Ana Lúcia Pereira (1999; 2000), Maria Graciela Morell (2006), Helio Egydio Nogueira, (2004), Selma C. Ferreira (2004), Vicente Abreu e Neide Richopo (2004), Mariângela de Oliveira Cainelli (1999) e Regina Helena Petroni Mennin, (1999).

configuração, tanto em relação às estratégias de ensino-aprendizagem quanto aos conteúdos curriculares. Os usuários do sistema, representados pelas lideranças do movimento popular da região, foram os principais aliados no desenvolvimento da UC; nesse sentido também foram, além de autores, professores.

Um dos pressupostos da UC era a estreita vinculação com os serviços de saúde e que a mesma deveria "ser desenvolvida predominantemente na área de abrangência do Distrito de Saúde Escola"[3]. A não concretização desse projeto, não impediu a atuação nessa região. Continuamos buscando, ao longo destes oito anos, a construção de um cenário de aprendizagem na região sudeste da cidade, pois a vinculação com os serviços de saúde era/é pressuposto estruturante para o desenvolvimento do ensino do SUS. Assim, como referem Macêdo *et al.* (2006, p. 234):

> Para uma formação em saúde que tenha nas práticas cuidadoras um elemento estruturante de sua profissionalização, a escolha de cenários onde docentes e estudantes tenham a oportunidade de articular ensino com a atenção desenvolvida nos serviços de saúde assume papel fundamental. [...] como nova gramática a noção de cenários de aprendizagem, ou seja, [...] cenários de aprendizagem como os espaços de interseção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde.

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001 para os cursos de graduação, inicialmente, de Medicina e Enfermagem (Brasil, 2001b), resultado exitoso dos vários movimentos pela

3. Fonte: Unifesp, Centro de Estudos em Saúde Coletiva. *Proposta de Ensino de Saúde Coletiva na Graduação do Curso de Medicina (Ciclo Intermediário) da Unifesp-EPM*, São Paulo, 1998 (mimeo.).

transformação da formação dos profissionais de saúde no Brasil, veio reforçar alguns dos referenciais assumidos na UC. Tal estímulo fica evidenciado no próprio objeto das DCN, quando coloca de forma inequívoca que os currículos devem construir um perfil acadêmico profissional que possibilite "atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS". O objetivo de "levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender [...] garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades" também vem ao encontro dos princípios que nortearam a construção do projeto político-pedagógico da UC de Saúde Coletiva.

OS (DES)CAMINHOS NA OPERACIONALIZAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR

Como já assinalado, em 1999, foi introduzida a UC Saúde Coletiva no módulo Saúde e sociedade, para o terceiro ano médico. Iniciava-se junto à primeira turma do "novo currículo", que tinha começado em 1997. O objetivo da UC, no processo de reformulação curricular, era preencher uma lacuna na formação médica na Unifesp, dada a ausência de abordagem desse conteúdo no currículo então vigente. Iniciar no terceiro ano médico foi a possibilidade apontada naquele momento, diante do processo de discussão da reforma curricular.

Objetivava-se "possibilitar aos alunos a aproximação da realidade sócio-sanitária de uma população, em um território, e a reflexão sobre: os determinantes do processo saúde doença; e as possíveis formas de intervenção nessa realidade, na perspectiva das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)". A avaliação dos professores envolvidos na operacionalização da disciplina, nesse seu primeiro momento, e dos estudantes foi positiva e isso foi expresso tanto na avaliação

oral realizada pelos estudantes no último dia de aula de 1999, como também de forma escrita por meio de instrumento específico (Spedo *et al.*, 2000).

Considerando o impacto deste fato novo e da novidade do currículo que permitiu a experiência da UC Saúde Coletiva naquele momento, é cabível ampliar a conclusão do Relatório de Avaliação da UC Saúde Coletiva – 1999[4] para os diferentes anos de desenvolvimento dessa experiência, ou seja:

> [...] pela primeira vez, os alunos da Medicina experimentaram um contato organizado e sistematizado com uma população, no seu local de moradia, lazer e trabalho e puderam refletir sobre como essa forma de viver/sobreviver pode estar determinando a ocorrência de doenças, acidentes e mortes. Assim os alunos foram sensibilizados para outros modelos explicativos/causais do processo saúde-doença, além do biológico.

A discussão sobre o SUS e seus problemas foi destacada como um tema central na formação dos médicos. A estratégia de ensino-aprendizagem utilizada, que permitiu "a maior participação" dos estudantes na construção do seu conhecimento, entre outros aspectos, também foi apontada como algo, além de novo, salutar, mesmo com espaços físicos completamente inapropriados para essa nova abordagem pedagógica. A inserção dos estudantes da Fonoaudiologia, a partir de 2000, foi outro elemento novo nessa experiência acompanhado de uma avaliação positiva tanto dos estudantes da Fonoaudiologia quanto da Medicina e até de propostas de inclusão dos outros cursos. A idéia da equipe e do cuidado multiprofissional aparecia, abria-se uma janela para essa discussão.

4. Fonte: Unifesp, Centro de Estudos em Saúde Coletiva. *Relatório de Avaliação da Disciplina Curricular de Saúde Coletiva do Módulo de Saúde Sociedade do 3º Ano Médico*, São Paulo, 1999 (mimeo.).

Assim, ao recuperar os Relatórios de Avaliação da UC, vislumbram-se os seus caminhos, pois os pontos positivos foram se mantendo ao longo dessa trajetória, mas perdendo impacto e potência na transformação dos processos de ensino e de aprendizagem. A crítica à UC vai ganhando expressão tanto para os estudantes quanto para os professores. O limite de uma experiência isolada, fragmentada e de pouca inserção no mundo do trabalho, sem uma continuidade nos espaços da prática do cuidado à saúde e de uma real inserção na comunidade, passa a ser apenas uma visita a uma realidade sanitária adversa, utilizada como uma mera situação de aprendizagem.

As atividades da UC inicialmente foram desenvolvidas no território do Distrito Administrativo do Sacomã, que a partir de 2001, com a retomada da construção do SUS local e acompanhando o desenho organizacional da SMS-SP, correspondia a um Distrito de Saúde (41 ao todo no município), denominado Escola e com convênio firmado com a Unifesp. A partir de 2003, com as mudanças político-administrativas ocorridas na prefeitura de São Paulo e na própria SMS-SP, em particular a criação das subprefeituras e suas respectivas coordenações de saúde (31 ao todo no município), ampliou-se a atuação para os Distritos Administrativos do Ipiranga, Cursino, Jabaquara, Vila Mariana e Moema.

O grupo de docentes manteve sua atuação nessa região, mesmo com a nova estrutura administrativa da SMS-SP que, a partir de 2005, recentralizou em cinco coordenadorias a organização do sistema de saúde no município. A área de atuação onde ocorria a UC corresponde hoje às Supervisões Técnicas de Saúde do Ipiranga, Vila Mariana/Jabaquara, da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste da SMS-SP.

A complexidade organizacional e a disputa dentro do SUS no município de São Paulo, aliadas à prática hegemônica de resistência histórica das instituições de ensino de se deslocar do seu próprio espaço, não permitiram a superação da lógica restrita de "campo de estágio", isto é, apenas o uso dos serviços de saúde para os processos de ensino-

aprendizagem. Esse fato foi um dos limites importantes e fator de desgaste na construção e execução da UC, como já apontavam as avaliações realizadas no decorrer desse caminho.

No quadro 1 é possível ver as mudanças dos nomes, anos, séries que refletem as distintas propostas elaboradas visando superar alguns dos limites da unidade curricular e os novos contextos.

QUADRO 1. A unidade curricular de 1999 a 2006, seus nomes, série e cursos

Ano	*Nome*	*Série / curso*
1999	Saúde Coletiva	3ª Medicina
2000	Saúde Coletiva	3ª Medicina e 2ª Fonoaudiologia
2001	Saúde Coletiva I: o território e seus problemas	1ª Medicina
2001	Saúde Coletiva	3ª Medicina e 2ª Fonoaudiologia
2002	Saúde Coletiva I: o território e seus problemas	1ª Medicina e Fonoaudiologia
2002	Saúde Coletiva	3ª Medicina e 2ª Fonoaudiologia
2003	Saúde Coletiva: planejamento e organização de serviços de saúde	1ª Medicina e Fonoaudiologia
2003	Saúde Coletiva II: organização de serviços de saúde	3ª Medicina e 2ª Fonoaudiologia
2004	Saúde Coletiva: planejamento e organização de serviços de saúde	1ª Medicina e Fonoaudiologia
2004	Saúde Coletiva II: organização de serviços de saúde	3ª Medicina
2005	Saúde Coletiva: planejamento e organização de serviços de saúde	1ª Medicina e Fonoaudiologia
2006	Saúde Coletiva: políticas de saúde no Brasil e o SUS	1ª Medicina e Fonoaudiologia

O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas, o Promed, lançado pelo Ministério da Saúde quase que simultaneamente às DCN, marca uma primeira aproximação do órgão nacional de gestão do SUS na direção do cumprimento do preceito constitucional de ordenamento da formação dos profissionais de saúde. Mesmo considerando o limite e a timidez deste projeto que contemplou, na forma de edital concorrencial, apenas dezenove escolas médicas, entre elas o curso de Medicina da Unifesp, foi um marco inicial na direção da operacionalização das DCN (Brasil, 2001a).

Com a implantação do Promed na Unifesp, em 2001, foi possível iniciar o conteúdo de Saúde Coletiva já no primeiro ano do curso; que passa então a ser ministrado em dois momentos do currículo. Essa modificação já havia sido apontada no relatório de avaliação da UC Saúde Coletiva do módulo de Saúde-sociedade do 3º ano médico – 1999, que

> [...] reiterava a necessidade de discutir junto às instâncias de deliberação do currículo médico a proposta de ensino em Saúde Coletiva para o ciclo básico, com o objetivo de possibilitar aos alunos um contato gradual, a partir do primeiro ano com a realidade sócio-sanitária da população e com os serviços de saúde dos três níveis de saúde atenção[5].

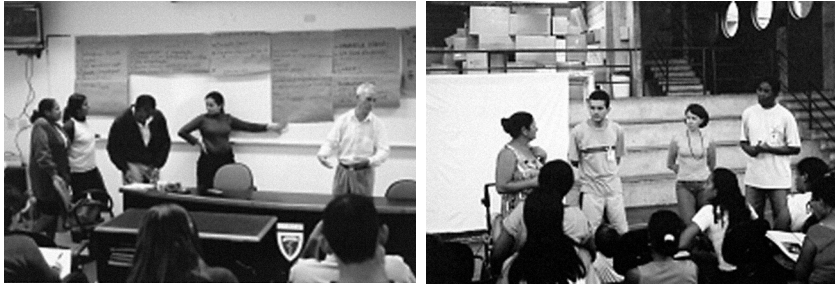
Durante dois anos atuou-se no primeiro e terceiro anos do curso de Medicina. No primeiro ano, o eixo da UC priorizava o território e seus problemas e no terceiro ano a discussão abordava a organização dos serviços de saúde e o SUS. A avaliação sobre essa divisão foi positiva, mesmo com a interrupção e não integração com os conteúdos abordados por outras disciplinas do DMP, no segundo ano do Curso Médico. Entretanto a negociação para efetivar a inserção da UC no primeiro ano

5. Fonte: Unifesp, *Proposta de Ensino de Saúde Coletiva no Ciclo Básico do Curso Médico da Unifesp-EPM*, São Paulo, 1999 (mimeo).

levou à sua retirada do 3º ano médico, concentrando, isto é, reunificando novamente os conteúdos no primeiro ano, a partir de 2003.

Talvez uma das experiências mais exitosas no desenvolvimento da UC tenha sido a realizada em 2002, mediante a Saúde Coletiva I: o território e seus problemas. A forte vinculação com as lideranças do movimento popular da região fez com que, por demanda de representantes desse movimento, o grupo de docentes responsável pela UC Saúde Coletiva desenvolvesse cursos de capacitação de conselheiros de saúde (Pinto *et al.*, 2003). E, ainda, com o objetivo de contribuir para o fortalecimento do movimento e do controle social do SUS local, foi introduzido um espaço específico ao final da UC para que os alunos pudessem apresentar o trabalho desenvolvido no território para as lideranças envolvidas no processo. Essas iniciativas propiciaram maior aproximação das lideranças com a proposta de ensino e, também, um grau maior de responsabilidade dos alunos para com a UC e essas lideranças (figura 2). Tal experiência foi apresentada sob a forma de pôster no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, sendo reconhecida com um dos prêmios de menção honrosa pela Abrasco durante o referido Congresso, realizado em Brasília, em 2003 (Andreazza *et al.*, 2003).

É possível verificar, ainda no quadro 1, a busca por uma maior identidade da UC com a área da política, planejamento e gestão em saúde, a partir da incorporação de alguns conceitos da área no decorrer da disciplina, além da inclusão da vertente da organização dos serviços de saúde, principalmente no momento da divisão UC. Esta busca vem associada a um afastamento do conteúdo da determinação social do processo saúde-doença e uma ênfase no conceito ampliado da saúde e no entendimento da saúde como direito social. Entretanto, é possível verificar que, mesmo sem a explicitação nos objetivos educacionais da discussão sobre a determinação do processo saúde-doença, as abordagens pedagógicas utilizadas na UC acabam por revelar esse tema. Essa constatação fica evidente a partir das seguintes citações dos estudantes no processo de avaliação da disciplina: "entendimento

das condições de saúde de um indivíduo como produto das condições sociais"; "abertura da visão médica para o território do paciente, não deixando que esta visão se restrinja a de dentro do hospital: não só sintomas e doenças, me acrescentou algo do lado humanitário".

FIGURAS 3 E 4. O curso de Conselheiros de Saúde e a devolutiva dos estudantes na comunidade. Fotos: N. R. S. Pinto.

Na direção, não só de operacionalizar as DCN, mas também de incidir de forma mais contundente no processo de formação dos profissionais de saúde, em 2004, a recém-criada Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, lança uma política pública de educação para o SUS, denominada "AprenderSUS". Essa política visava "estimular e promover a educação permanente para o SUS e propiciar uma efetiva aproximação entre o sistema de saúde e o sistema formador" (Brasil, 2004). A adoção do princípio da integralidade como eixo na mudança da graduação dos profissionais de saúde, vai apontar outra lógica/racionalidade para se pensar os processos de aprender e ensinar a saúde, na qual a hegemônica abordagem "biologicista, medicalizante e procedimentocentrada" deverá ser redirecionada para uma formação que tenha como objetivos

[...] a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho

> e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações [...]; é a noção da integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços de saúde e sistemas (Brasil, 2004, p. 7).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1409), "é nossa tarefa reverter as teorias biologicistas da educação na saúde para uma teoria da integralidade na educação dos profissionais de saúde".

A política do AprenderSUS, nos seus diferentes desdobramentos (com os estudantes, os professores e os trabalhadores), tanto de pesquisa quanto dos processos de educação permanente, entre outros, teve pouco ou quase nenhum impacto no dia-a-dia da UC ou da própria Unifesp, no sentido da transformação e/ou mudança nas práticas pedagógicas e de atenção à saúde. Mas talvez o seu maior impacto tenha sido a efetiva aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, ao lançarem o desafio e abrirem o debate sobre a autonomia da Universidade e o papel do governo federal de desenvolver políticas que induzam explicitamente o aparelho formador ao cumprimento de seu papel social. Em resumo, o SUS entra na pauta das instâncias de discussão e deliberação do currículo das diferentes profissões de saúde, no caso da Unifesp: Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Ciências Biomédicas. Nesse sentido a nossa disciplina passa a ser "usada" como exemplo de integração multiprofissional, de aproximação com a comunidade, de vinculação com os serviços e com o SUS.

Com as mudanças no Ministério da Saúde, em meados de 2005, a política para a formação dos profissionais de saúde é redirecionada. É lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação dos Profissionais em Saúde, o Pró-Saúde, à semelhança do Promed sob a forma de edital no final desse ano, para a concorrência das instituições de ensino, ampliando agora para noventa cursos, incluindo não só os cursos de Medicina, mas também os de Enfermagem e Odontologia.

Os objetivos centrais dessa iniciativa são, entre outros: o de incentivar transformações do processo de formação; geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo saúde-doença; reorientar o processo de formação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, habilitando os futuros profissionais para responder às necessidades de saúde e à operacionalização do SUS e ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (Brasil, 2005).

Essas iniciativas, visando à mudança da educação dos profissionais de saúde tendo o SUS como eixo central, vieram em certa medida ao encontro dos princípios que pautaram a construção do projeto político pedagógico da UC. Passou-se de certo isolamento para uma situação de relativo destaque que, entretanto, não levou a modificações mais significativas da forma de ensinar e aprender dos profissionais de saúde da nossa instituição. Fortaleciam-na, na medida em que reiteravam os pressupostos teóricos que foram assumidos ainda em 1999, quando da elaboração dessa experiência.

Em 2004 houve uma possibilidade mais concreta de aproximação e vinculação da UC com os serviços de saúde da rede municipal, e alguns passos foram dados na direção de constituir um cenário de aprendizagem, no território em que já se vinha atuando de forma pontual e fragmentada. Nessa direção foi celebrado um convênio entre a Universidade e a Coordenação de Saúde de Vila Mariana, subordinada naquele momento à respectiva subprefeitura. Esse convênio tinha como metas, entre outras, o

> [...] desenvolvimento de um sistema local de saúde orientado por políticas e ações que respondam às necessidades de saúde da população e o fortalecimento do processo de educação permanente, destinado a estudantes de graduação e pós-graduação da Unifesp, bem como aos funcionários de saúde da população.

Essa articulação permitiu a participação de profissionais vinculados ao SUS local no planejamento e execução da disciplina. Esse processo foi interrompido em 2005 com a nova configuração do SUS local que centralizou as instâncias regionais de gestão do sistema municipal.

A reunificação da UC, a partir de 2003, deixou evidente, pelos processos de avaliação realizados, a inadequação do desenvolvimento somente no primeiro ano do Curso Médico. "Ensinar SUS" apenas nesse momento do curso, mesmo com toda a "intensidade" de abordagem adotada, não é suficiente e nem mesmo pertinente ao cumprimento das DCN. Os estudantes, em suas avaliações, relatam a dificuldade em entender o SUS, pela pouca, ou melhor, quase nenhuma vivência no mesmo, seja como profissionais ou como usuários. Mesmo avaliando positivamente as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas e se identificando com o tema, a não continuidade dessa discussão ao longo do curso e a não vinculação à rede pública de serviços de saúde pesam negativamente na avaliação da UC e apontam inequivocamente para o seu limite.

Essa situação limite fez com que, em 2006, pela primeira vez não se atuasse junto às lideranças do movimento popular da região, principais aliados para o desenvolvimento da UC no seu início em 1999 quando o SUS na cidade de São Paulo inexistia, pois a avaliação mostrava, inequivocamente, que esse modelo havia se esgotado. As lideranças, à semelhança dos estudantes, passaram a ver essa experiência como mais uma visita e não mais como um processo de construção e/ou transformação dessa realidade, a partir de uma maior vinculação da Universidade com SUS e com a comunidade local. Era preciso mudar.

DIFICULDADES E LIMITES DA UNIDADE CURRICULAR E OS DESAFIOS PARA SUA SUPERAÇÃO

Nesses oito anos de existência, a UC de Saúde Coletiva passou por várias mudanças/transformações. Essas tentativas buscavam superar

as dificuldades/limites que se enfrentavam ao propor e operacionalizar uma UC que, por um lado, introduzia um conteúdo novo, nunca antes abordado na graduação, e que muitas vezes criava resistências nos estudantes e na própria universidade e, ainda, que não conseguiu se articular efetivamente às demais disciplinas/módulos do currículo. Por outro lado, utilizava uma estratégia pedagógica diferente da empregada pelas demais disciplinas do curso. Outro limite importante, que deve ser destacado, é a resistência histórica da própria universidade e do SUS municipal para estabelecer uma real parceria entre o mundo da formação e do trabalho.

Alguns desses limites, tais como a não atuação na comunidade, a falta/ausência de um projeto de intervenção e a falta de integração curricular, são expressos pelos estudantes no próprio instrumento de avaliação da disciplina, nos distintos anos, conforme quadro 2.

As estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pela UC foram ao longo dos anos, citadas como um dos principais pontos positivos: o trabalho em pequenos grupos, o trabalho de campo, a liberdade para expressão das idéias, e as formas de avaliação, conforme quadro 2.

A dificuldade da inovação curricular restrita a uma única, ou a poucas disciplinas no currículo, representa muito mais uma avaliação dos professores, por entender o limite dessa situação. Limite dado pelo valor atribuído à UC que, por ser "mais livre" do que outras, pode ser entendida como algo de menor importância, ser encarada como um "momento de recreio" durante o curso e não ser vista com a necessária seriedade que se propõe, ao assumir uma nova forma de fazer os processos de ensino-aprendizagem no qual o estudante é o centro e onde o aprender a aprender criticamente são elementos essenciais e que têm como eixos o conceito amplo de saúde, o reconhecimento do cuidado como característica fundamental do trabalho em saúde e a integralidade.

QUADRO 2. Citações dos estudantes da UC, retiradas dos instrumentos de avaliação de 1999 a 2006

Atividades de campo: "as visitas"

- Não ter ação na comunidade, não realizar nenhum projeto efetivo de atuação.
- A duração das visitas: pouco tempo de visita.
- Utilizar a população, que de certa forma crê e espera que nós os ajudemos e por isso nos tratam tão bem. No entanto, não oferecemos nada em troca, o que é muito frustrante para a comunidade carente e para nós mesmos, como médicos; nenhum retorno à população que tão bem nos acolheu.
- O terceiro ano de ida à comunidade sem retorno para a população.
- Ir lá só para "xeretar" a vida deles é como ir ao zoológico.
- Falta de compromisso com a comunidade no que diz respeito a uma intervenção efetiva.
- É fácil criticar, apontar o erro e o que não funciona, porém, não percebemos nenhuma movimentação para agir e atuar sobre a realidade.
- O trabalho de campo permitiu contato com a realidade social e dos serviços de saúde através da visita ao território.
- "Conhecer o SUS" através das visitas as UBSs.

Estratégias ensino-aprendizagem

- Trabalhar em pequenos grupos garante a participação.
- Articulação de visita prática e aulas.
- Integração entre Medicina e Fono.
- Integração entre teoria e observação.
- Aulas abertas com discussão.
- O aprendizado se dá a partir das discussões.
- A participação em aula, a freqüência, a responsabilidade e um trabalho são formas muito melhores de avaliação do que uma prova.
- Divisão aleatória do grupo.
- Maior liberdade para expressar idéias, interação aluno/professor.

Para Feuerwerker (2004, p. 19),

> Como os currículos expressam as relações de poder dentro das instituições, é comum que os processos de mudança levem a produção de propostas híbridas que combinam aspectos parciais de várias proposições político-pedagógicas. Muitas vezes, não há como escapar da situação, mas é importante saber dos riscos envolvidos: é possível que se criem situações e orientações muito contraditórias (às vezes antagônicas), que confundem o estudante e prejudicam a aprendizagem; pode-se adaptar uma proposta a tal ponto que ela se desconfigura, perde completamente a potência e se desmoraliza.

A possibilidade de escrever esse capítulo teve o sentido, para o grupo de docentes que protagonizaram a experiência, de revisitar e reavaliar tal experiência após oito anos de execução; foi também a possibilidade de rever, de refletir sobre os acertos e os desenganos desse caminho e, ainda, de agregar os referenciais teóricos em várias das iniciativas do "fazer diferente". Emociona relatar essa trajetória nesse momento particular, na medida em que sabemos e assumimos o final da disciplina nesse formato, em 2007. Marca, porém, um início (e é essa a aposta) de uma transformação do ensino de Saúde Coletiva para os cursos de graduação na Unifesp, *campus* São Paulo.

Essa transformação passa pelo processo interno do DMP que, em 2006, assumiu rediscutir o seu modelo curricular para graduação e construir um currículo integrado para o ensino da Saúde Coletiva. Já em 2007, começa pelo primeiro ano do curso de Medicina e de Fonoaudiologia uma nova experiência, que a partir das competências traçadas coletivamente pelos distintos atores e sujeitos que compõem hoje o departamento, deverá agregar todas as áreas que compõem esse campo de conhecimento. É a nova possibilidade de gradualmente, isto é, para todos os anos, ir se inserindo e revisitando os conteúdos da Saúde Coletiva. É a busca da superação de um dos limites do ensino do SUS apontado no desenvolvimento da UC, já que o SUS será um dos temas gera-

dores do novo currículo do DMP, não somente no primeiro ano, mas de forma articulada para todo o curso de Medicina e Fonoaudiologia.

A definição do cenário de aprendizagem em conjunto com os cursos da Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia, a partir da implantação do Pró-Saúde, tem criado dispositivos para abertura de novos processos de articulação e integração curricular entre as disciplinas e cursos. Pode vir a representar, também, uma superação da concepção de campo de estágio pela noção de "cenários de aprendizagem como os espaços de interseção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde" (Macêdo *et al.*, 2006, p. 234).

Nesse momento, em decorrência do Pró-Saúde, que tem como um dos seus objetivos específicos

> [...] estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas [...], visando tanto à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente (Brasil, 2005, p. 17).

Foram criadas/dadas novamente condições objetivas para uma (re) construção da parceria entre o SUS municipal e a universidade, com a assinatura de um convênio entre as instituições.

Ao finalizar esse capítulo é possível vislumbrar com clareza o compromisso dos professores que construíram a UC com o projeto ético-político de consolidação/construção do SUS e com o papel que a Universidade tem, ou deveria ter, nessa direção, na perspectiva de contribuir para a superação da visão impregnada pelo neoliberalismo que predomina hoje no seio da universidade brasileira (Chauí, 2001). Somente assim será possível resgatar o papel social que a Universidade deve perseguir como a essência de sua razão de Ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZA, R.; SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; SATO, W. N. S.; LACAZ, F. A. C. & PASCALICCHO, F. V. 2003. "O Desafio de Articular o Ensino de Graduação em Medicina com o Controle Social no SUS: a Experiência da Saúde Coletiva da Unifesp-EPM". In: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, p. 368.

BERBEL, A. N. A. 1998. "Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: Diferentes Termos ou Diferentes Caminhos?". *Interface Comum Saúde Educ*. 2, pp. 139-154.

BORDENAVE, J. D. & PEREIRA, A. M. O. 2000. "O que é Aprender". *Estratégias de Ensino Aprendizagem*. Petrópolis, Vozes, pp. 23-39.

BRASIL. 1988. Constituição da República Federativa. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 8 out.

BRASIL. 1990a. "Lei nº 8.080 de 19 set. 1990. Lei Orgânica da Saúde". *Diário Oficial da União*, Brasília.

BRASIL. 1990b. "Lei nº 8.142 de 4 dez. 1990. Lei Orgânica da Saúde". *Diário Oficial da União*, Brasília.

BRASIL. 2001a. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina. Brasília (DF).

BRASIL. 2001b. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Parecer nº CNE/CES 1.133/2001. Brasília (DF).

BRASIL. 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política do Ministério da Saúde para o Fortalecimento e Ampliação dos Processos de Mudanças na Graduação em Saúde: AprenderSUS. Brasília (DF).

BRASIL. 2005. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE. Série. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília (DF).

CAMPOS, J. J. B. 1999. "Como Abrir Caminhos para a Transformação do Ensino Médico no Brasil". *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 23, n. 2/3, pp. 11-26.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. & ROCHA, C. F. 2002. "O que Dizem a Legislação e o Controle Social em Saúde sobre a Formação de Recursos Humanos e o Papel dos Gestores Públicos no Brasil". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7, n. 2, pp. 373-383.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. 2004. "Mudança na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade". *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), pp. 1400-1410.

CECCIM, R. B. 2005. "Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário". *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 9, n. 16, pp. 161-177.

CHAUÍ, M. S. 2001. *Escritos sobre a Universidade*. São Paulo, Unesp.

CYRINO, E. G. & RIZZATO, A. B. P. 2004. "Contribuição à Mudança Curricular na Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu". *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, vol. 4, n. 1, pp. 59-69.

CYRINO, E. G. & TORALLES-PEREIRA, M. L. 2004. "Trabalhando com Estratégias de Ensino-Aprendizagem por Descoberta na Área da Saúde: a Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas". *Cadernos de Saúde Pública*, 20, pp. 1013-1022.

DELANDES, S. F. (org.). 2006. *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

FEUERWERKER, L. C. M. 2004. "Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina." In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B. & ARAÚJO, J. G. C. (orgs.). *Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*. São Paulo, Hucitec/ABEM, pp. 17-39.

FREIRE, P. 1996. *Pedagogia do Oprimido: Saberes Necessários à Prática Educativa.* 16ª ed. São Paulo, Paz e Terra.

MARSIGLIA, R. G. 1995. *Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente-Assistencial (IDA) no Brasil.* São Paulo, Hucitec.

MACÊDO, M. C. S.; ROMANO, R. A. T.; HENRIQUES, R. L. M. & PINHEIRO, R. 2006. "Cenários de Aprendizagem: Inserção entre os Mundos do Trabalho e da Formação". In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. *Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde.* Rio de Janeiro, IMS/UERJ/CEPESQ/Abrasco, pp. 229-250.

MARINS, J. J. N. 2004. "Os Cenários de Aprendizagem e o Processo do Cuidado em Saúde". In: MARINS, J. J. N..; REGO, S.; LAMPERT, J. B. & ARAÚJO, J. G. C. (orgs.). *Educação Médica em Transformação Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades*. São Paulo, Hucitec/ABEM, pp. 97-108.

MERHY, E. E. 2005. "O Desafio que a Educação Permanente Tem em Si: a Pedagogia da Implicação". *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 9, n. 16, pp. 172-174.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (orgs.). 2004. *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco.

PINHEIRO, R. & CECCIM, R. B. 2006. "Experenciação, Formação, Conhecimento e Cuidado: Articulando Conceitos, Percepções e Sensações para Efetivar o Ensino em Integralidade". In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. & MATTOS, R. A. *Ensinar Saúde: a Integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação na Área da Saúde*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/CEPESQ/Abrasco, pp. 229-250.

PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M.; SATO, W. N. S.; ANDREAZZA, R.; LACAZ, F. A. C. & PASCALICCHO, F. V. 2003. "Formação de Conselheiros e Desafios para Efetivação da Participação e Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, p. 450.

SPEDO, S. M.; ANDREAZZA, R.; PINTO, N. R. S.; LACAZ, F. A. C.; PASCALICCHO, F. V.; HAYAMA, E. T.; PONTES, R. H. P.; VENTURA, R. N.; PRADO, M. C., SATO, W. N. S. & OLIVEIRA, E. M. A. 2000. "Saúde Coletiva no Curso de Graduação de Medicina: o Desafio do Centro de Saúde Coletiva da Unifesp-EPM". *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 5, n. supl, p. 490.

11

Módulo: Educação e Comunicação na Prática do Médico

Nildo Alves Batista e José Antonio Maia

INTRODUÇÃO: EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA COTIDIANA DO MÉDICO

A COMUNICAÇÃO com o paciente e o exercício permanente de atividades de educação, no intuito de promover a educação do indivíduo e da comunidade, constituem-se em dimensões relevantes da prática médica cotidiana.

Com efeito, em uma extensa revisão bibliográfica, Epstein e Hundert (2002) publicaram no *Jama* (*Journal of the American Medical Association*) um artigo científico que tem tido grande repercussão, a respeito da competência profissional do médico, conceituada pelos autores como: "o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática cotidiana, para o benefício do indivíduo e da comunidade atendida" (p. 226).

Partindo-se desta definição, que valoriza a comunicação com o paciente e com a comunidade como um aspecto importante do coti-

diano do cuidado à saúde, pode-se depreender a importância de sua inclusão, de forma intencional e explícita, no processo da formação médica, no contexto do currículo.

É nesta lógica que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina (Brasil, 2001) indicam a comunicação (tanto verbal como não-verbal) como um dos seis pilares da competência médica a ser desenvolvida durante os seis anos da graduação. O documento, ao preconizar uma "formação generalista, humanista, crítica e reflexiva" do médico, valoriza o desenvolvimento da capacidade deste "comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares" e de "informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação".

Entendemos que a educação e comunicação em saúde, na formação do futuro médico, podem ser vistas em duas dimensões: uma que abrange um caráter individual, na relação do médico com o seu paciente, e outra, situada no contexto da comunidade, especialmente como estratégia de práticas educativo-comunicativas com grupos e com a sociedade de uma forma geral.

A primeira dimensão reconhece que o papel educativo do médico está implícito na sua prática: ao orientar o paciente em uma consulta objetiva-se a construção de uma mudança de comportamento, que possa resultar em uma transformação na maneira deste lidar com seus processos de saúde e de adoecimento. No entanto, este papel nem sempre é conscientemente exercido pelo médico, possivelmente em decorrência da comunicação humana e da educação não serem, por sua vez, objetos explícitos dos currículos de graduação médica.

Rossi e Batista (2006), analisando o processo ensino-aprendizagem da comunicação na relação médico/paciente durante a graduação médica, comentam que existe uma tendência em considerá-la uma habilidade apenas instrumental, dirigida à obtenção de informações para

o processo diagnóstico e para que haja compreensão, pelo paciente, das propostas de intervenção pelo médico. O aprendizado da comunicação acontece, prioritariamente, de forma implícita, no processo de formação, vinculado a algumas disciplinas, como a Semiologia e a Psicologia Médica, ou perpassando o currículo nos diferentes momentos de ensino-aprendizagem.

Para os autores, a observação de atitudes e comportamentos no cotidiano do ensino, seja de professores ou de outros médicos em atividade, notadamente no Internato, é a principal responsável pela aprendizagem desta habilidade pelos alunos. Recomendam um redimensionamento do olhar para essa temática nos projetos pedagógicos de formação de futuros médicos.

Para Santaella (2001), o termo *comunicação* é muito amplo, abrangendo desde um simples olhar até a atividade global da mídia. Podemos entendê-la como "a ação de transmitir uma mensagem e, eventualmente, receber outra mensagem como resposta" ou como o

> [...] processo que envolve a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora e um destinatário receptor, no qual as informações, transmitidas por intermédio de recursos físicos (fala, audição, visão etc.), são codificadas na fonte e decodificadas no destino com o uso de sistemas convencionados de signos ou símbolos sonoros, gestuais etc. (Houaiss, 2001).

Também podemos concebê-la como o ato de conversar; conversação, colóquio e a habilidade de dialogar e se fazer entender.

Fiske (1990) identifica duas escolas fundamentais nas teorias da comunicação: uma processual, preocupada com o modo como emissores e receptores codificam e decodificam, enfim, como se dá a transmissão de mensagens. Nessa vertente teórica, a interação social é vista como um processo através do qual pessoas se relacionam umas com as outras ou afetam o comportamento e resposta emocional das outras. A segunda escola considera a comunicação como produção e troca de

significados e preocupa-se com o modo como as mensagens ou textos interagem com as pessoas a fim de produzir significados. Para estes autores, estudar comunicação é estudar textos e cultura.

Dubé (2000) afirma que a efetiva comunicação, relevante para as atividades de prevenção e para a prática diária, situa-se como uma das habilidades fundamentais do médico, não somente para o levantamento da história clínica, mas também para a construção da relação com o paciente, facilitando as negociações e a parceria necessárias às intervenções subseqüentes.

Oliveira (2002), discutindo o processo comunicacional na relação médico/paciente, comenta que é papel do médico "traduzir o discurso, os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença" (p. 3). No entanto, a comunicação – como habilidade de tornar comum um saber qualquer em um processo de troca de mensagens entre pessoas e no pressuposto de que não se impõe ao outro a informação como se expõe um dado, mas se lhe oferece a oportunidade e se procura facilitar tal aquisição – não é contemplada.

A segunda dimensão da educação e comunicação no exercício profissional do médico diz respeito às práticas educativas e comunicacionais em saúde. Nesta dimensão, a Educação em Saúde abrange as práticas educativas desenvolvidas em diferentes contextos, assumindo-se a díade promoção-prevenção como nuclear nas propostas de intervenção junto às comunidades.

A promoção da saúde (e a educação em saúde como parte integrante da mesma) representa um caminho promissor para enfrentar os múltiplos problemas trazidos pelas transições contemporâneas que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes.

Neste contexto, a comunicação em saúde pode ser vista como:

> [...] uma estratégia para compartilhar conhecimentos e práticas que possam contribuir para a conquista de melhores condições de saúde, que inclui não apenas a provisão de informações, como também elementos de educação, persuasão, mobilização da opinião pública, participação social e promoção de audiências críticas (OPAS/Unesco, 1993).

São estas duas dimensões dos processos educativos e comunicacionais na prática do médico que têm sido enfatizadas no módulo Educação e comunicação na prática do médico, desenvolvido no segundo ano da proposta curricular do Curso Médico da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM).

O MÓDULO EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DO MÉDICO NO CURRÍCULO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIFESP: UM CONSTANTE REPLANEJAMENTO

A discussão acima delineada aponta para a constatação de que a capacitação para a comunicação, nas diversas instâncias da prática cotidiana do médico, bem como sua sensibilização e o preparo para a educação de seus pacientes, seja em caráter individual ou coletivo, é geralmente pouco inserida no currículo formal das escolas médicas, situando-se seu aprendizado em um campo de "acasos", no âmbito do que se denomina "currículo oculto", definido por Silva (2000) como: "o conjunto de atitudes, valores e comportamentos que não fazem parte explícita do currículo, mas que são implicitamente "ensinados" através das relações sociais, dos rituais, das práticas e da configuração espacial e temporal da escola" (p. 33).

Podemos, assim, afirmar que o desenvolvimento das habilidades de comunicação e educação, bem como a sensibilização do estudante com relação à importância destas na promoção e no cuidado à saúde ocorrem no âmbito da formação humanística do graduando, essen-

cialmente de forma não planejada no currículo, por intermédio do contato com professores e profissionais e na observação de seu cotidiano, nos diversos cenários de formação (Maia, 2005).

Desta forma, o módulo aqui descrito criticamente objetivou trazer para o currículo formal, planejado, da graduação médica da Unifesp, reflexões e práticas voltadas para a valorização e o desenvolvimento da competência nos campos da comunicação e da educação, em seus aspectos mais amplos, no contexto do cuidado à saúde do ser humano.

A unidade curricular, inserida no primeiro semestre do segundo ano do curso de Medicina desde 2004, é desenvolvida por uma equipe interdisciplinar, sob a coordenação do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS).

Em seu primeiro ano, foram envolvidos aproximadamente vinte professores (oriundos das áreas de Saúde Coletiva, Ciências Básicas e Clínicas e da Educação em Saúde), que foram distribuídos, em duplas, por grupos de alunos. O módulo teve uma carga horária total distribuída em encontros quinzenais, durante aproximadamente um semestre (de março a meados de junho) e teve, como produto final, a elaboração e aplicação de uma estratégia de comunicação em saúde. A dinâmica de trabalho compreendeu a aproximação dos alunos e docentes aos Serviços de atenção básica à saúde. Dez unidades básicas de saúde da subprefeitura do Ipiranga (atualmente supervisão técnica de saúde do Ipiranga/Sacomã – região próxima ao complexo Unifesp-HSP), foram selecionadas como cenários de ensino-aprendizagem, assumindo-se o objetivo de, a partir do contexto peculiar destas unidades e do estudo de princípios gerais da comunicação e da educação em saúde, planejar e empreender práticas educativas junto à comunidade. Distribuídos em grupos de cinco a seis, os alunos, juntamente com as duplas de docentes, levantaram, junto aos profissionais atuantes nas unidades, necessidades de intervenções educativas, considerando os diversos cenários e as populações envolvidas. Uma vez eleita uma temática, foram projetados materiais educativos, que foram desen-

volvidos no CEDESS e, ao final do módulo, apresentados e discutidos com a equipe técnica da UBS e disponibilizados para sua aplicação na comunidade de referência. A título de exemplo, podemos citar: um teatro de fantoches para uma escola de educação infantil próxima a uma UBS e um vídeo a respeito da sexualidade de adolescentes, além de inúmeros produtos gráficos, disponibilizados para as equipes das UBS. O envolvimento de alguns grupos foi tal que os docentes sentiram a necessidade da realização, pelos próprios estudantes, da atividade educativa junto à comunidade.

Em 2005, a equipe de docentes concentrou-se em professores da área de Educação em Saúde (vinculados ao CEDESS) e de Saúde Coletiva (vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva) sendo que as atividades de ensino-aprendizagem, além dos momentos teóricos (discussão e análise crítica dos processos de educação e comunicação na prática médica), centraram seu foco na apresentação (e na subseqüente discussão crítica) das atividades e das experiências educativas de profissionais que atuam em equipes de saúde e trabalho de campo junto a diferentes serviços oferecidos pela Unifesp. O módulo passou então a ser concentrado em encontros semanais, com a duração total de dois meses.

No ano de 2006, sob a responsabilidade de um grupo de professores vinculados, em sua maioria, ao CEDESS, o módulo desenvolveu-se em torno de três eixos. No primeiro, situaram-se a apresentação e a discussão de programas educativos com grande abrangência, realizados com a comunidade, tais como o cuidado a pacientes com doença celíaca e o projeto Agita São Paulo. O segundo eixo consistiu do estudo a respeito de concepções e pressupostos teórico-metodológicos de processos de educação e saúde na prática educativa, tendo sido respaldado pela discussão de artigos científicos que investigam práticas educativas em saúde. Por fim, o momento que despertou maior interesse nos estudantes foi um trabalho de campo, no qual, em duplas, observaram criticamente uma consulta médica no complexo Unifesp-HSP, entrevistando,

a seguir, o médico e o paciente, utilizando para tal roteiros previamente elaborados coletivamente, pelos próprios discentes e docentes do módulo. A experiência mostrou-se extremamente rica, suscitando discussões a respeito do "ser médico" e da importância da valorização, pelo profissional, de seu papel de educador, no intuito de promover e recuperar a saúde do paciente, de uma forma realmente comprometida não apenas com o "tratamento de uma doença", mas da preocupação com a qualidade de vida do doente. O grau de envolvimento dos estudantes pôde ser avaliado pela profundidade (e, por vezes, pelo calor) das discussões a respeito das observações das estratégias de comunicação e do compromisso com a atividade educativa do médico.

O desenho geral da disciplina para o ano de 2007 seguiu o planejamento de 2006. Na discussão de experiências de educação foi incluída uma apresentação a respeito da importância da comunicação (e, de forma indissociável, da educação) do médico (em cenários diversos de prática) com familiares de pacientes que sejam doadores potenciais de órgãos e tecidos. Objetiva-se, com esta atividade, incluir, além da dimensão institucional dos programas de educação mais amplos, a atuação individual do médico, como ator primordial da promoção do desejo de familiares participarem da redução das necessidades alarmantes de transplantes, em nosso meio. As discussões a respeito da comunicação e da educação assumem, neste ano, uma inserção ainda mais deliberada e profunda na formação humanística dos futuros médicos egressos da Unifesp.

AVALIAR, AVALIAR E AVALIAR: O MOTOR DAS MUDANÇAS...

A avaliação, no âmbito do módulo, sempre foi vista sob uma perspectiva ampla, processual, jamais voltada apenas para o processo de ensino-aprendizagem, pelos alunos. Além de momentos distribuídos

ao longo dos encontros nos quais as atividades realizadas eram avaliadas por docentes e discentes, as reuniões de planejamento procuraram identificar os pontos que favoreceram a aproximação dos objetivos previamente formulados e os pontos críticos. Foram objetos de avaliação tanto o planejamento do processo pedagógico em si (apresentações, discussões, textos e outros) como as condições institucionais que facilitaram ou dificultaram o êxito das atividades práticas, buscando-se superar dificuldades operacionais (como, por exemplo, o custo do transporte dos estudantes para as UBS, no primeiro ano). A troca de experiências e a criatividade do corpo docente permitiram identificar inúmeros cenários no próprio ambiente da Unifesp-HSP que pudessem propiciar vivências e, conseqüentemente, substratos para discussões críticas a respeito da sensibilização e da formação, no âmbito da comunicação e da educação na prática cotidiana do médico.

Alguns dos dados mais substanciais para o aprimoramento do módulo foram originados da análise das respostas a um instrumento de avaliação preenchido pelos estudantes no último encontro, que é abaixo sucintamente apresentado.

Após um texto explicativo a respeito da importância das respostas para o replanejamento constante do módulo, o instrumento apresenta uma explicação a respeito das respostas às possibilidades de concordância/discordância relativas às assertivas propostas (figura 1).

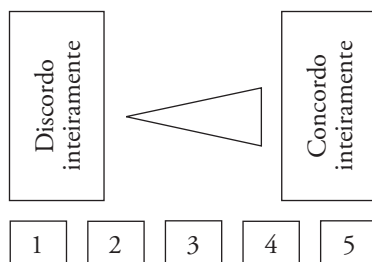



FIGURA 1. Escala de respostas às assertivas apresentadas no instrumento de avaliação preenchido pelos discentes.

As assertivas apresentadas aos estudantes objetivam avaliar:

- O impacto das apresentações (aulas expositivas e descrições de experiências) como estratégias de sensibilização a respeito da importância da comunicação e da educação na futura prática médica dos estudantes.
- O papel dos artigos científicos na conscientização de que as temáticas discutidas representam campos legítimos da ciência, pertinentes ao universo da formação médica.
- O papel dos docentes como mediadores entre os estudantes e o objeto de estudo proposto pelo módulo.
- A relação estabelecida entre os docentes e os discentes e a contribuição desta para a aprendizagem.
- Os aspectos organizacionais/operacionais do planejamento e do desenvolvimento do módulo.
- A dedicação e a participação individual do estudante nas atividades propostas e no módulo, como um todo.

São também incluídas questões abertas, com o objetivo de identificar o impacto do contato do estudante com as práticas realizadas e discutidas, bem como a percepção da relevância do módulo na sua formação médica.

As respostas ao instrumento de avaliação, após consolidadas, constituem importantes subsídios para o replanejamento da disciplina no ano subseqüente e têm originado mudanças tanto de textos propostos para discussão, como de temas de palestras e mesmo de cenários de observação de situações práticas.

PERSPECTIVAS FUTURAS

A construção, pelos docentes, do módulo Educação e comunicação na prática do médico tem evidenciado algumas aprendizagens.

Dentre estas, destaca-se, inicialmente, o desafio do planejamento coletivo com docentes de diferentes áreas, demandando um exercício interdisciplinar pautado pelo diálogo, pela negociação constante, pelo respeito à diversidade e pela busca de consensos. Esta construção coletiva tem-se mostrado, como evidenciam as avaliações, um importante fator indutor da percepção, pelos estudantes, da importância da comunicação em sua futura prática profissional, bem como uma conscientização do papel educativo implícito no exercício profissional do médico que valorize a formação voltada para cuidado do ser humano na perspectiva de sua integralidade. Merece destaque o momento em que, intencionalmente, se insere o módulo. Imerso na profundidade e na importância do estudo dos fundamentos da vida humana, onde células e moléculas assumem papéis por vezes decisivos no destino de um ser biológico, o aluno tem uma oportunidade de refletir a respeito da humanidade de seus futuros pacientes e da importância de sua atuação, como ser também humano, interativo, educador e cuidador.

No momento atual, quando discutimos, no âmbito do Pró-Saúde, a formação do estudante de medicina de forma integrada com os serviços de saúde e com a comunidade, bem como a relevância da interdisciplinaridade e, sobretudo, as constantes transições de realidades epidemiológicas, de modelos de assistência, de cenários de formação, aliadas às ressignificações de paradigmas pedagógicos de ensino e de desenvolvimento profissional na área da saúde – e da medicina, em particular – o módulo Comunicação e educação em saúde procura contribuir, com o aporte multiprofissional do corpo docente do CEDESS, na formação de médicos mais competentes, sensibilizados para a importância de seu papel comunicativo e educacional dos pacientes e das comunidades de cuja saúde irão cuidar.

OS COMPANHEIROS DE CAMINHADA

Este relato crítico de um componente curricular do curso de Medicina seria certamente incompleto sem a citação daqueles que construíram o caminho que hoje trilhamos. Todos participam e participarão, junto com outros que virão, das dificuldades inerentes ao processo educativo, mas principalmente, das clarezas de nossos objetivos e da relevância desta proposta de formação:

Alzira Rosa Esteves (Pediatria)
Ana Alcídia Moraes (CEDESS)
Beatriz Ernestina Cabilio Guth (Microbiologia)
Cynthia Andersen Sarti (Medicina Preventiva)
Eliane Cardoso de Araújo (Medicina Preventiva)
Francisco Antonio de Castro Lacaz (Medicina Preventiva)
Ieda Maria Longo Maugeri (Imunologia)
Irani Ferreira da Silva (CEDESS)
Ively Guimarães Abdalla (CEDESS)
José Antonio Maia de Almeida (CEDESS)
Lídia Ruiz Moreno (CEDESS)
Lúcia Ioshida (CEDESS)
Maria Cecília Sonzogno (CEDESS)
Mariângela Cainelli de Oliveira Prado (Medicina Preventiva)
Marimélia Aparecida Porcionatto (Biologia Molecular)
Nicanor Rodrigues da Silva Pinto (Medicina Preventiva)
Nildo Alves Batista (CEDESS)
Paulo Olson M. da Silva (Medicina)
Rosa Maria Silva (Microbiologia)
Rosana Machin Barbosa (Medicina Preventiva)
Rosemarie Andreazza (Medicina Preventiva)
Sandra Maria Spedo (Medicina Preventiva)
Sergio José Nicoletti (CEDESS)

Sylvia Helena S. S. Batista (CEDESS)
Sylvia Luiza Cardoso Leão (Microbiologia)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS[1]

BRASIL. 2001. MEC. CNE. CES. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 nov. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf, acesso em 16 mar. 2007.

DUBÉ, C. E., O'DONNELL, J. F. & NOVACK, D. H. 2000. "Communication Skills for Preventive Interventions". *Acad. Med.*, vol. 75, n. 7 (Suppl.), pp. 45-54.

EPSTEIN, R. M. & HUNDERT, E. M. 2002. "Defining and Assessing Professional Competence" *Jama*, vol. 287, n. 2, pp. 226-235.

FISKE, J. 1990. *Introduction to Communication Studies*. 2ª ed. New York, Routledge.

MAIA, J. A. 2005. "Formação Humanística no Ensino Superior em Saúde: Intencionalidades e Acasos". In: BATISTA, N. A; BATISTA, S. H. & ABDALLA, I. G. *Ensino em Saúde: Visitando Conceitos e Práticas.* São Paulo, Arte & Ciência Editora.

OLIVEIRA, F. A. 2002. "Antropologia nos Serviços de Saúde: Integralidade, Cultura e Comunicação". *Interface. Educação, Comunicação, Saúde*, vol. 6, n. 10, pp. 63-74.

ROSSI, P. S. & BATISTA, N. A. 2006. "O Ensino da Comunicação na Graduação em Medicina: uma Abordagem". *Interface. Educação, Comunicação, Saúde*, vol. 10, n. 19, pp. 93-102.

SANTAELLA, L. 2001. *Comunicação e Pesquisa: Projetos para Mestrado e Doutorado.* São Paulo, Hacker.

SILVA, T. T. 2000. *Teoria Cultural e Educação: Um Vocabulário Crítico*. Belo Horizonte, Autêntica.

1. Foram utilizadas também como fontes, atas e apontamentos de reuniões de planejamento docente do módulo, bem como os programas do mesmo, anualmente reformulados.

12

Módulo: Psicologia Médica e Semiologia Integrada

Mario Alfredo De Marco,
Ana Cecília Lucchese e Cíntia Camargo Dias

INTRODUÇÃO

Diversos estudos têm abordado a questão da dissociação e da fragmentação dos programas de ensino em medicina (Jones *et al.*, 2001; Bulcão, 2004; Komatsu, 2002; Aguiar, 2004). Visando à superação dessa situação, surgem propostas de reformulação curricular que buscam, dentre outras inovações, a antecipação da exposição dos alunos a cenários da prática profissional, recebendo um grande impulso a partir da edição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001) e, posteriormente, com os programas de incentivo a mudanças curriculares – Promed e Pró-Saúde. Quanto à questão da fragmentação, muitos esforços têm sido realizados para enfrentar a difícil situação dos currículos.

Em nossa Instituição, no campo da Semiologia, era observado o seguinte quadro: o programa de psicologia médica que ocorria no primeiro e no segundo ano do curso buscava colocar o aluno em con-

tato com conhecimentos e treinamento, visando capacitá-lo a perceber, valorizar e manejar, nas entrevistas com os pacientes, os aspectos psicossociais, a relação e a comunicação. Dentro dessa perspectiva era enfatizada a importância de uma visão processual do adoecer em contraposição a uma perspectiva orientada para a doença. Paradoxalmente, nos anos posteriores, quando recebia treinamento nas clínicas específicas, o aluno se defrontava com uma visão e uma prática focalizada na doença e basicamente nos aspectos físicos.

Esta era uma observação que os próprios alunos reiteradamente realizavam e comunicavam nas próprias aulas ou de maneira informal em nossos contatos. Em nossas aulas, particularmente no 2º ano, ao observar os colegas mais velhos que já não valorizavam os aspectos psicossociais, nem o vínculo e a comunicação, os alunos preocupavam-se em saber se iam conseguir preservar esta visão ou se estavam também condenados a perdê-la ao longo do curso. Eles manifestavam apreensão e curiosidade em saber como e quando ocorria essa perda de contato.

Por vezes, as comunicações dos alunos assumiam um contorno dramático, como no caso de uma aluna que, já cursando o terceiro ano, veio nos procurar para relatar um episódio que a deixou bastante angustiada: numa enfermaria, um professor orientou um grupo de alunos para a ausculta de um sopro cardíaco numa paciente, uma senhora idosa em estado semi-comatoso. Ela foi examinada por uma dezena de alunos e, segundo o relato, alunos e professor iam revirando a paciente de um lado a outro para possibilitar e facilitar a ausculta. A paciente, com contato bastante reduzido em função de sua situação clínica, apenas emitia alguns gemidos e contraia o rosto. O espanto e sofrimento da aluna foi amplificado pela visão dos seus colegas totalmente envolvidos no procedimento e sem nenhuma percepção ou consideração com a situação da paciente. A grande aflição e, sobretudo, o grande espanto era perceber que estava sozinha em sua preocupação com a paciente, chocada com a rapidez com que se instalara essa deterioração do contato entre seus colegas.

A intenção de uma integração dos programas e um equacionamento destas distorções sempre esteve na pauta como uma das nossas grandes preocupações, encontrando, mais recentemente, terreno e condições favoráveis para uma implementação mais efetiva. A oportunidade surgiu a partir do processo de avaliação do Currículo Nuclear, em 2001, que detectou as dificuldades de integração, e da elaboração do Promed, em 2002, que propunha a criação de quatro novas unidades curriculares e aprimoramento de duas outras (nas duas primeiras séries do curso), visando à implementação do eixo de Aproximação à Prática Médica com finalidade de uma antecipação do contato dos alunos de Medicina com diferentes práticas e cenários de prática.

Uma característica importante na estruturação desses módulos foi a preocupação de envolver, numa prática conjunta, professores de diferentes áreas, disciplinas e profissionais de saúde externos à instituição de ensino. Assim, por exemplo, na experiência do módulo Observação de práticas médicas (descrita neste livro) foi criada a oportunidade de um grupo de professores de diferentes áreas e disciplinas discutirem a prática com um grupo de alunos. Nunca, anteriormente, na história da instituição, ocorreu uma experiência que conseguiu colocar lado a lado numa atividade prática de ensino um número e uma variedade de professores deste porte, pois para cada grupo de trinta alunos trabalhavam, lado a lado, em torno de oito professores das mais diferentes áreas.

É difícil avaliar que fatores e condições favoreceram esta realização, mas seguramente houve a conjugação de um processo de amadurecimento com a habilidade do corpo diretivo em criar e aproveitar uma oportunidade.

Falamos em processo de amadurecimento, pois o intenso envolvimento e participação dos professores sugeriam a existência de uma demanda represada.

O módulo de Semiologia integrada (o último módulo do eixo Aproximação à Prática Médica, que acontece no 2º semestre do 2º ano da graduação) surge como parte deste movimento e esperamos que ao

longo do texto possamos transmitir a experiência que tivemos no que tange à profundidade das repercussões que o trabalho conjunto dos professores provoca nos alunos e nos próprios professores.

A PSICOLOGIA MÉDICA

O termo psicologia médica foi introduzido na metade do século XIX por Ernst Freiherr von Feuchtersleben (1806-1849). São de sua lavra, também, os termos psicose, psicopatologia e psiquiatria.

Psiquiatra e homem de letras, o barão Feuchtersleben preconizava que o conhecimento das relações entre a mente e o corpo é indispensável não somente para aqueles que praticam a Psiquiatria, mas para todos os médicos em geral e que a Psicologia Médica deveria ser uma forma de psicologia cuidadosamente planejada para os propósitos médicos, sendo sua finalidade o treinamento das aptidões psicológicas dos médicos, independente da sua especialização. Na Europa, já no século XIX, tivemos a introdução da psicologia médica no currículo. Na Prússia (entre 1825 e 1861) o ensino de psicologia médica era tema obrigatório no treinamento médico. Contudo, esta situação não perdurou e uma reinserção mais consistente da matéria nos currículos ocorreu só muito recentemente.

A reintrodução se dará de forma progressiva: na França, em 1918 Maurice de Fleury (1860-1936), especialista em Psiquiatria e Criminologia, publica o importante tratado *Introduction a la Médecine de L'Esprit* e insiste na necessidade de inclusão da psicologia médica como disciplina regular do Curso Médico. Na mesma época, na Alemanha, Ernest Kretschmer (1888-1964) lança o *Tratado de Psicologia Médica*, que teria uma enorme influência, impulsionando sobremaneira o estudo e desenvolvimento da matéria.

Kretschmer entendia que o estudo da psicologia tem um interesse óbvio para o psiquiatra, mas que seria necessário conscientizar os médicos que esse interesse deve ser estendido para a medicina em geral.

Nos Estados Unidos, em 1911, John Broadus Watson (1878-1958) considerado o fundador do movimento behaviorista na América e Shepard Ivory Franz (1874-1933) propuseram que o ensino de psicologia era tão essencial para o ensino dos estudantes de medicina quanto a anatomia, farmacologia, cirurgia e outras ciências básicas e clínicas. Em 1957, a University of Oregon Medical School foi a primeira escola médica a criar um departamento de psicologia médica.

Por outro lado, Freud, em 1919, chamava a atenção para os cursos que começavam a ser incorporados ao ensino médico demonstrando preocupação de que seu conteúdo e objetivo acabassem limitados à psicologia acadêmica fundada em modelos da psicologia experimental, tornando-se insuficiente para atender seu propósito de conduzir os estudantes à compreensão dos problemas humanos em geral e aqueles de seus futuros pacientes (De Marco, 2003).

DEFINIÇÃO DO CAMPO

Jeammet (1982), considera

> [...] a psicologia médica como a parte da medicina encarregada de informar e formar o médico para melhor realizar seu trabalho em geral, proporcionando-lhes uma conceitualização ampla do contexto psicobiológico e psicossocial da saúde e da enfermidade e facilitando-lhes o desenvolvimento de suas habilidades de interação interpessoal.

Uma vez que todo ato médico implica o homem em sua totalidade, o impacto psicológico produzido dependerá profundamente da personalidade dos participantes e da qualidade de sua interação.

Neste sentido, em função do entorpecimento produzido, simultaneamente, pelas experiências burocráticas e pela progressiva tecnificação, a medicina toda necessita de uma revisão profunda que,

sem perder nenhum de seus avanços, cumpra sua vocação de ciência centrada no ser humano. Para tanto, é necessária uma atualização dos conceitos de enfermidade, enfermo, médico e do contexto em que tem lugar a interação.

Para Schneider (1986), a relação médico/paciente seria o objeto privilegiado da psicologia médica, incluindo um conjunto de conhecimentos que toma corpo e desemboca em uma prática centrada no homem enfermo, suas reações à enfermidade e a relação psicológica com seu médico.

A psicologia médica pretende instrumentalizar o aluno com conhecimentos psicológicos para que o futuro médico possa compreender melhor o paciente a quem trata, os aspectos psíquicos deste paciente que estarão presentes em qualquer que seja sua afecção, as considerações teóricas e a etiologia da enfermidade.

A psicologia médica se interessa pelas reações psicológicas de todo enfermo acometido por uma ou outra afecção e, sobretudo, tende a fornecer ao clínico, ou a qualquer especialista, esclarecimentos quanto ao que ocorre entre ele e seu paciente.

A PSICOLOGIA MÉDICA NO BRASIL

No Brasil, a psicologia médica aparece como curso pela primeira vez em 1956, na Faculdade de Ribeirão Preto e na Escola Paulista de Medicina (EPM).

Contudo, é somente na década de 1960 que os programas de psicologia médica serão implantados de forma mais ampla e efetiva, propagando-se significativamente e atingindo atualmente quase uma universalização.

Pesquisa desenvolvida em 1981 por Giglio (1983) indicou que 73% das escolas médicas que responderam a seu questionário mantinham um curso de Psicologia Médica.

Botega (1994), em levantamento realizado através de uma enquete postal, verificou que 93% das respostas (73% das 78 escolas de medicina consultadas responderam o questionário) foram positivas quanto à existência da disciplina no currículo, sendo que a carga horária variava entre trinta e trezentas horas (média de 95 horas). A disciplina, geralmente, estava sendo oferecida nos três primeiros anos do curso, sendo em doze escolas no 1º ano. O referencial teórico predominante era psicodinâmico e a equipe docente formada majoritariamente por psiquiatras.

A PSICOLOGIA MÉDICA NA UNIFESP

A disciplina de Psicologia Médica integra o currículo médico da EPM desde 1956. Era ministrada no 3º ano do Curso Médico na forma de aulas teóricas expositivas, para toda a classe (De Marco, 2006).

Gradativamente foram feitas modificações, com a introdução de atividades práticas, nas quais os alunos faziam entrevistas com indivíduos em várias etapas da vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), tanto em situações de saúde como de doença. A partir de 1986, a disciplina de Psicologia Médica passou a integrar o currículo nos três primeiros anos, dentro de uma nova concepção que desloca a ênfase da informação para a formação, privilegiando a experiência e as vivências. O trabalho passou a ser realizado primordialmente em pequenos grupos (dez a quinze alunos) nos quais ocorrem as discussões e a elaboração das vivências.

Diferentes estratégias de sensibilização são utilizadas: leitura de textos, projeção de filmes, *role-playing* e palestras de profissionais de várias especialidades (Oncologia, Terapia Intensiva entre outras) que discutem com os alunos as experiências emocionais vividas em suas práticas profissionais. A partir de 2000, como parte da reforma curricular iniciada em 1997 com a implantação do Currículo Nuclear, a

disciplina de Psicologia Médica passou a ser incluída no quarto ano na unidade curricular – Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher – desenvolvida no Centro de Saúde Lívio Amato-Vila Mariana. Vale ressaltar que, desde 1993, durante o estágio de Psiquiatria do Internato (quinto ano), os alunos participam da atividade "grupo de reflexão" que aborda aspectos psicológicos da prática médica, com ênfase nas discussões sobre os fatores gratificantes e estressantes do exercício da Medicina, salientando-se os aspectos ligados aos dilemas éticos e à saúde mental do estudante, do residente e do médico. Esta atividade é realizada uma vez por semana.

O que é importante ressaltar dentro de nossa evolução é que, inicialmente, o curso de Psicologia Médica que ministrávamos se restringia à transmissão teórica de aspectos do desenvolvimento da personalidade, através de aulas semanais expositivas que se estendiam por um semestre.

As aulas eram, inicialmente, atribuídas exclusivamente a psiquiatras, situação que, acompanhando nossa característica de funcionamento multiprofissional e multidisciplinar, evoluiu incluindo a participação de profissionais de diferentes campos de atividade (médicos de outras especialidades, psicólogos, terapeutas ocupacionais).

Na realidade o curso de Psicologia Médica está cada vez mais integrado a uma visão ampliada do trabalho em nosso serviço, no qual temos, cada vez mais, funcionado numa perspectiva de educação continuada aos estudantes e profissionais de saúde. Esta perspectiva é executada, integradamente, através das nossas diferentes atividades (psicologia médica, interconsulta, programas de ligação em saúde mental, programas de capacitação e, em múltiplas oportunidades de contato com os estudantes e com os profissionais). O curso regular de Psicologia Médica é articulado para funcionar em sua parte prática (que temos introduzido cada vez mais cedo) em integração com as demais atividades que desempenhamos no hospital e em outros cenários de atendimento. Dessa forma acompanhamos e/ou estamos disponíveis

para acompanhar os estudantes ao longo de todos os momentos de sua evolução na formação (De Marco, 2006).

Em nosso trabalho, o que almejamos é capacitar os estudantes e profissionais, teórica e praticamente, para a percepção do ser e do adoecer em sua realidade integral, biopsicossocial. A capacitação envolve, de forma privilegiada, o estudo das relações e dos vínculos, bem como do processo de observação. Neste sentido, consideramos uma tarefa essencial contribuir para a evolução da capacidade de observação e o desenvolvimento de um enfoque crítico, epistemológico, do processo observacional.

SITUAÇÃO ATUAL NA UNIFESP

Psicologia Médica – 1º Ano

O programa do curso de Psicologia Médica do 1º ano da graduação foi planejado para que o aluno amplie seus conhecimentos e capacidades para lidar com as pessoas e com as relações. Procuramos alcançar este objetivo através de uma abordagem pluridisciplinar (estudo do objeto através de diferentes perspectivas disciplinares) e interdisciplinar (transferência de métodos de outras disciplinas).

Através da perspectiva histórica, é contextualizado o momento atual da medicina, e os diferentes movimentos que se empenham em promover a transição de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial.

É enfatizada a diferença que os dois modelos produzem em resposta à questão: que médicos queremos formar?

No modelo biomédico, evidentemente, a capacitação do profissional está dirigida às suas habilidades técnico-instrumentais, enquanto que no modelo biopsicossocial, além destas capacidades, é necessário o reconhecimento e a evolução das capacidades relacionais/comunicacionais. Dentro desse contexto e explicitando nossa adesão ao modelo

biopsicossocial, nosso objetivo neste módulo é favorecer a capacitação destas outras habilidades.

A intenção é aguçar a observação dos alunos em relação a si próprios e a outras pessoas; instrumentalizá-los para que examinem e considerem seus próprios sentimentos e os sentimentos dos seus pacientes; instrumentalizá-los para reconhecer e evoluir suas capacidades de *observação, empatia* e *continência*.

"Conhecer pessoas" é o mote do curso, que se propõe a apresentar aos alunos os métodos usados pelas Ciências Humanas e pelas Artes para estudar os seres humanos. A idéia é que os alunos possam conhecer e se interessar pelas diferentes áreas que historicamente têm se dedicado ao conhecimento e equacionamento dos dilemas humanos. Noções básicas de Mitologia, Filosofia, História, Antropologia, Psicologia, Psicanálise, Cinema e Literatura são apresentadas nas aulas e discutidas em pequenos grupos para que os alunos tenham contato com o conhecimento produzido por estas áreas.

Este conteúdo "objetivo" do curso se mistura com outras balizas que orientam os professores como "pano de fundo": favorecer a integração e a adaptação dos alunos, promover questionamentos e autoreflexão, incentivar o aluno a perceber e desempenhar seu papel ativo no aprendizado.

Uma baliza central, acompanhando a intenção de que o curso tenha forte cunho experiencial, é que a própria vivência da relação professor/aluno possa servir como modelo de uma relação profissional viva e humana que o aluno poderá introjetar e estender à sua relação profissional.

No primeiro dia de aula são apresentados aos alunos os referenciais teóricos do curso e, neste mesmo dia, é solicitado que eles se dividam em grupos de vinte alunos. As aulas seguintes são ministradas nestes pequenos grupos para facilitar um contato mais próximo entre professores e alunos e favorecer que todos os alunos participem das discussões. É solicitado que os alunos, durante a leitura do texto indicado, formulem

perguntas para discutir com a classe e tragam suas dúvidas. As discussões são iniciadas pelo material trazido pelos alunos. Durante as aulas é incentivada uma postura critica e reflexiva sobre os temas abordados bem como uma ilustração e aplicação às situações e experiências.

Avaliação do curso

Os alunos referem – nas avaliações que fizemos do curso – que aprovam este formato em pequenos grupos, por facilitar que eles possam se colocar melhor e que possam refletir sobre suas diferenças. Um aluno explica assim esta preferência:

> As discussões em sala, a abordagem de temas polêmicos e a divergência de opiniões fizeram com que eu percebesse o quanto as pessoas são diferentes e que tudo que é dito, apesar de totalmente discordante com o que penso, é digno de respeito. [Trecho da avaliação do curso feito por um aluno de uma classe onde houve discussões aprofundadas sobre as Testemunhas de Jeová.]

Perceber o "diferente" não faz parte do "conteúdo objetivo" deste curso, mas é, sem dúvida, um questionamento essencial para um profissional que vai lidar diariamente com pessoas.

Na formação de todo médico deve ser ensinada muita ciência exata e biológica, mas é igualmente importante que os alunos sejam incentivados a levar em consideração os aspectos subjetivos, invisíveis e impalpáveis dos seres humanos e que favorecem uma postura mais empática destes futuros profissionais. É possível que muitos já tenham ouvido falar da "frieza" dos médicos e da necessidade de se manter neutro frente ao turbilhão de emoções a que serão expostos durante sua prática clínica, o que muitos estudos apontam como um resultado da própria formação médica (Nogueira Martins, 2005). Este é talvez um dos maiores desafios da formação numa escola médica: como ensinar a parte exata, os aspectos físicos e objetivos de forma integrada com os aspectos subjetivos? Como aprender a ser um bom médico

sem deixar de ser sensível ao sofrimento do outro? Esta é uma preocupação que os próprios alunos já trazem, como pode ser observado em outro trecho da avaliação de um aluno: "Creio que o curso ajudou acendendo luzes em vários pontos que precisam ser analisados para que eu não me torne o tipo de profissional que hoje eu condeno".

Na avaliação feita pelos alunos que freqüentaram o curso em 2006, um dos textos lidos recebeu destaque na avaliação do curso: o conto "O Espelho" de Machado de Assis. Ele foi apontado por 60% dos alunos como o texto mais marcante. Uma aluna explicou seu interesse pelo texto: "O texto mais marcante foi 'O Espelho' porque, sem dúvida, é o tema no qual muitos de nós pôde se enxergar".

Há alguns anos, foram criados na Unifesp, dentro dos módulos de Aproximação à prática médica (vide capítulos correspondentes), inúmeros espaços onde os alunos têm a oportunidade de observar o cotidiano de profissionais de saúde e de fazer pequenos procedimentos, já no primeiro ano de graduação. A vivência de "vestir o avental", sentir a responsabilidade e o poder que os pacientes lhes conferem é um momento muito intenso e que os alunos tiveram oportunidade de debater na discussão deste conto. Numa das classes, um aluno comentou sobre o "poder" de seu avental:

> Num dia em que fomos observar o trabalho em uma UBS [no módulo de Aproximação], eu estava chegando – já de avental – e tinham dois pacientes brigando na porta para ver quem entrava primeiro. Ao me verem, eles pararam de brigar e abriram espaço para que eu passasse. Assim que eu passei, eles voltaram a discutir.

O relato deste aluno trazia o espanto de se deparar com tanto poder para "abrir seu caminho", ao mesmo tempo em que mostrava sua satisfação com todo o respeito que lhe era dirigido.

Assim como este fato relatado, os anos de graduação médica trazem inúmeras vivências intensas aos alunos, que precisam de espaços

de discussão e de suporte para elaborá-las. As discussões abertas das aulas de Psicologia Médica favorecem que estas vivências possam ser ventiladas e que o tema "conhecer pessoas" seja discutido, durante todo o semestre, de diversas maneiras: os alunos observam os outros, observam a si próprios, observam os pacientes. Isto foi apontado por diversos alunos em suas avaliações, como podemos ver neste relato: "O curso foi uma válvula de escape para diversas situações desse ano, como mudanças de cidade, adaptação à faculdade etc. As discussões foram boas e o fato de podermos escolher os grupos foi positivo para podermos nos abrir mais".

A integração entre os colegas promovida pelas aulas e auto-reflexões também foram elementos marcantes nas avaliações dos alunos, como pode ser observado em vários relatos:

> [...] Creio que o curso contribuiu neste sentido [conhecer pessoas] até certo ponto, mas ainda há muito a aprender, não me sinto nem de perto capaz de lidar assim com pessoas. Creio que o maior avanço foi no conhecer os próprios colegas de classe; sendo também como mais aprendi a conhecer.
>
> [...] O ganho maior do curso foi despertar para a importância de conhecer o outro, enxergá-lo, se enxergar. As discussões trouxeram uma oportunidade de nos aproximarmos das pessoas que estavam com a gente nas aulas, um convívio mais de grupo.
>
> [...] A habilidade que mais desenvolvi foi a de observar a mim mesma e refletir mais sobre isso.
>
> [...] Ao longo do curso descobri muito sobre mim mesmo e isso foi algo que me assustou. Percebi que Psicologia Médica é muito importante e deve ser trabalhado durante toda a vida.

Conclusões

Enfim, tomamos emprestadas as palavras dos próprios alunos, para concluir que o curso contribui para fazer os alunos se interessarem por "conhecer pessoas" e perceber que esse é um campo muito amplo

e estimulante: "Há muitas coisas e sentimentos atrás dos atos, atitudes e da própria identidade das pessoas"/"Conhecer pessoas é um desafio maior do que imaginávamos e um aprimoramento interminável".

Psicologia Médica – 2º Ano

Em continuidade ao trabalho realizado no primeiro ano, o aluno é apresentado a diferentes teorias da personalidade (o mote "conhecer pessoas" agora é abordado tendo como eixo central a perspectiva da psicologia). A intenção é que o aluno possa adquirir conhecimento sobre as características psicológicas das diferentes fases da vida bem como os dilemas e conflitos que podem ser suscitados nas diferentes passagens e transições. Estes conhecimentos serão subsídios importantes para os alunos realizarem as entrevistas com pacientes de diversas clínicas (Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, Ginecologia e Geriatria) – atividade programada no curso do semestre seguinte, a Semiologia Integrada (vide item a seguir).

Neste semestre é feita uma preparação do aluno para as entrevistas com pacientes: aulas sobre desenvolvimento psicológico acontecem em paralelo com as aulas sobre a entrevista e o fenômeno da comunicação.

Apresentamos aos alunos um roteiro de observação (De Marco, 2006), ocasião onde se discute uma série de tópicos básicos (modelo biomédico *x* modelo biopsicossocial, observação, perspectiva, comunicação e tipos de vínculo – paternalista, mutualista e consumerista).

Modelo biomédico x modelo biopsicossocial

O modelo biomédico é apresentado e discutido dentro do panorama da medicina, cujo discurso, via de regra, apóia suas observações e formulações numa perspectiva que reflete o referencial técnico-instrumental das biociências e exclui o contexto psicossocial dos significados, dos quais uma compreensão plena e adequada dos pa-

cientes e suas doenças depende. O modelo biopsicossocial é proposto como uma alternativa que tem se firmado progressivamente e que proporciona uma visão integral do ser e do adoecer, abordando as dimensões física, psicológica e social. É destacado que esta perspectiva, no plano da formação do médico, coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua, também, as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva.

Observação

Discutimos com os alunos o fenômeno da observação, lembrando-os que a observação exige, antes de tudo, *presença* e que esta está diretamente relacionada com a atenção: podemos estar presentes fisicamente, mas se a atenção está ausente, voltada para pensamentos, lembranças etc., isto poderá dificultar a realização de uma observação adequada. Os alunos são estimulados a perceber o quanto todos nós estamos carregados de imagens, resultado de experiências prévias, coloridas pelas nossas fantasias e que, para realizar uma autêntica observação é importante não confundir as imagens com a pessoa real que está à sua frente.

Perspectiva

Através de ilustrações e vivências, o aluno é sensibilizado para a percepção de que a observação e a interpretação do que é observado dependem da perspectiva do observador: não há um ponto de vista absoluto e os grandes desentendimentos que se estabelecem nos relacionamentos são resultado, via de regra, da inobservância da existência de perspectivas diferentes. Discussões com ilustrações de situações que presentificam a importância desse tópico na relação médico/paciente são realizadas.

Comunicação

É evidenciada a importância desses fatores para o estabelecimento de uma comunicação efetiva que requer que os médicos percebam a perspectiva a partir da qual os pacientes estão se expressando, uma vez que estes têm suas próprias crenças sobre seus corpos, saúde e doenças.

É ressaltado que a boa comunicação é um processo de duas vias que requer tanto fala quanto escuta efetiva e que é importante ter presente que a linguagem verbal é uma forma evoluída de comunicação, que funciona lado a lado com outras formas mais primitivas (gestos, expressões corporais etc.) ou de natureza distinta (escrita, pintura, música etc.).

Ilustrações dramatizadas são realizadas para demonstrar a existência e a importância dos canais não-verbais de comunicação.

Tipos de vínculo

É destacada a importância da observação do tipo e da qualidade dos vínculos estabelecidos e as conseqüências que se refletirão na relação profissional. É enfatizado que as características do vínculo podem ter muitas descrições, dependendo da perspectiva adotada e dos aspectos destacados.

São apresentadas algumas classificações mais gerais que agrupam as qualidades do vínculo em categorias. Por exemplo: *vínculo paternalista*, no qual os profissionais de saúde dominam a agenda, objetivos e tomada de decisões a respeito tanto das informações quanto dos serviços. O pressuposto básico é que o profissional de saúde é o guardião, agindo no melhor interesse do paciente, a despeito das preferências deste (este costuma ser o modelo de vínculo mais prevalente); *vínculo mutualista*, no qual existe um balanceamento do poder, respeitadas as peculiaridades de cada papel. Os objetivos, agenda e decisões relacionadas à consulta são resultados de negociação entre parceiros; paciente e profissional de saúde trabalham em associação e o diálogo é o veículo através do qual os valores do paciente são explicitamen-

te articulados e explorados. Através deste processo, o profissional de saúde atua como conselheiro ou orientador; *vínculo consumerista ou consumista,* no qual o modelo mais típico de relação de poder entre profissional de saúde e paciente está invertido. O paciente é quem dita a agenda e os objetivos e assume a responsabilidade pela tomada das decisões. Este tipo de vínculo redefine o encontro como uma transação de mercado.

Auto-observação

É estimulada uma postura que contemple a auto-observação, demonstrando-se a importância e a utilidade dessa atitude: o quanto as impressões, sensações e emoções despertadas pelo contato podem ajudar, quando adequadamente interpretadas, a perceber o que está se passando com a pessoa com a qual se está em contato e qual a natureza do vínculo que está se estabelecendo.

A importância de reconhecer e dar espaço para as emoções que surgem no contato tem uma grande utilidade para ajudar o aluno a aceitá-las, facilitando o contato e evitando o estabelecimento de posturas defensivas: sempre é muito útil enfatizar para os alunos a "normalidade" do surgimento de emoções – por exemplo, que todo contato produz ansiedade, seja em quem está entrevistando, seja em quem está sendo entrevistado – e a importância de que isto seja levado em conta, aceito e observado.

A importância da utilização das emoções despertadas no contato como instrumento para "diagnosticar" e intervir na relação e no campo é um foco privilegiado de nossa atuação que receberá atenção crescente nos módulos subseqüentes e ao longo de todo o processo de formação dos nossos estudantes e profissionais.

A utilização do roteiro

Finalmente, é discutida com os alunos a questão da utilização dos roteiros, enfatizando que não existe *uma* forma correta e determinada

de realizar uma entrevista, e a importância de ter seu estilo pessoal, na medida em que a *autenticidade* é um grande facilitador do contato e da comunicação: os roteiros são muitos úteis desde que utilizados de acordo com a *preferência* e *estilo* como guia, e não para escravizar (mecanizando o processo e prejudicando o contato e a relação).

Após as discussões sobre o desenvolvimento humano e sobre o fenômeno da comunicação, os alunos terão referenciais básicos para realizar entrevistas com pacientes e com profissionais, que são discutidas e aprofundadas nos pequenos grupos.

Em 2007 promovemos uma reformulação do curso graças à criação de um laboratório de comunicação, no qual estamos tendo a oportunidade de realizar exercícios com a utilização de material de gravação de imagens que permite a filmagem de diferentes situações de entrevistas protagonizadas tanto pelos alunos quanto pelos professores, facilitando significativamente a observação e o treinamento nas técnicas de comunicação e de entrevistas. A possibilidade de filmar os professores e alunos em diversas dramatizações de entrevistas oferece um material muito rico para uma discussão detalhada de importantes aspectos da comunicação e relação médico-paciente.

O exame cuidadoso e detalhado das imagens filmadas tem se mostrado um instrumento muito poderoso para a detecção e a evolução das capacidades comunicacionais e relacionais.

Neste primeiro ano de experiência, a cada semana um grupo de alunos (são seis grupos de aproximadamente vinte alunos) passou pelo laboratório. Cada grupo passou três vezes, sendo que, em cada passagem, o foco foi dirigido predominantemente para alguns aspectos da comunicação/relação e técnicas de entrevistas:

1ª aula laboratório: o foco foi dirigido, preponderantemente, para os aspectos não-verbais da comunicação;
2ª aula: fase exploratória da entrevista;
3ª aula: fase resolutiva da entrevista.

Estamos em fase de avaliação desta experiência inicial, realizada no primeiro semestre de 2007, que foi muito estimulante, despertando entusiasmo e otimismo com as possibilidades que se descortinam.

Semiologia Integrada

O módulo Semiologia integrada foi inserido no currículo em 2004 como parte do eixo de Aproximação à prática médica. Ocorre no segundo semestre do segundo ano, praticamente no mesmo horário e com a mesma carga de duas horas semanais, que antes era destinado à Psicologia Médica (houve acréscimo de uma carga horária de dez horas no início do módulo, destinada à apresentação, em aula expositiva, das perspectivas semiológicas nas diferentes áreas e ciclos).

O programa ocorre em continuidade ao de Psicologia Médica, ministrado no primeiro semestre, que já proporciona iniciação no treinamento de entrevistas. São mantidas turmas (dezoito-vinte alunos) e coordenador (professor de Psicologia Médica) de cada grupo. Inicialmente, na primeira semana do curso, professores dos diferentes ciclos de vida contemplados pelo curso (Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, Ginecologia e Geriatria) ministram as aulas de anamnese. Na semana seguinte, os alunos iniciam o programa prático no qual irão realizar entrevistas com pacientes de cada área. Acompanhados pelos professores de Psicologia Médica e pelos professores da área específica, os alunos se dirigem aos cenários (enfermarias, pronto-socorro, ambulatórios) onde irão realizar as entrevistas, acompanhados de perto pelos professores que, além de facilitar a entrada e aproximação ao cenário e aos pacientes, ficam disponíveis para ajuda e esclarecimentos, bem como para acompanhar e observar a realização das entrevistas, procurando detectar aspectos e pontos importantes para serem abordados. Eventualmente, quando considerar apropriado e/ou necessário, o professor poderá demonstrar a técnica de entrevista para os alunos. Após a finalização das entrevistas, alunos e professores se

dirigem à sala onde é realizada a discussão inicial da entrevista. Nesta discussão inicial, são abordados principalmente aspectos levantados pelos alunos, quanto às vivências despertadas e as dificuldades encontradas para a realização da entrevista, bem como aspectos relacionados à pertinência e importância de cada tópico da entrevista. Para a semana seguinte, é solicitado que cada aluno elabore um relatório contemplando os seguintes tópicos: aspectos da entrevista que despertaram sua atenção, dificuldades encontradas para realizar a entrevista, vivências e indagações despertadas pela atividade e articulação da observação com aspectos teóricos e práticos já discutidos. Na semana seguinte, a aula toda é dedicada à discussão em grupo. Os professores já tiveram contato com os relatórios, e estes e as entrevistas são objeto de análise e discussão, abrindo espaço para o aprofundamento da discussão dos aspectos comunicacionais e técnicos da entrevista, bem como a percepção das dificuldades despertadas pelo contato, buscando seu reconhecimento e elaboração, de forma a tentar evitar a instalação de atitudes defensivas e estereotipadas.

Esse ciclo entrevista-discussão/discussão se repete a cada duas semanas, de forma que os alunos realizarão um total de seis entrevistas nos diferentes cenários (Pediatria I, Pediatria II, Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Geriatria).

A título de ilustração, apresentamos trechos de relatórios de nossos alunos, que presentificam a evolução no contato com os pacientes observada com o correr do curso. Os relatos correspondem a dois momentos, com duas semanas de intervalo (ou seja, da primeira para a segunda entrevista), ilustrando uma evolução significativa alcançada pelos alunos, que num primeiro momento tem a possibilidade de reconhecer e manter contato com a percepção das emoções e das defesas e caminhar, assim, na segunda entrevista, para uma situação de maior segurança e controle, sem perder o contato com as emoções e, portanto, sem necessidade de lançar mão de defesas ou estereotipias:

1º relatório

[...] Concluí que a situação foi muito mecânica, não sei se porque ficamos muito presos ao questionário e inseguros ou porque era algo novo para todos nós.

[...] Acredito que a única dificuldade que tivemos foi conseguir direcionar a conversa, pois nosso paciente, se assim posso dizer, gostava bastante de conversar e não raras vezes perdia-se em suas histórias.

[...] Achei que algumas perguntas do roteiro são um pouco desconfortáveis, como por exemplo, as que dizem respeito à renda familiar, se o paciente consegue se alimentar corretamente com a renda mensal.

[...] Conseguimos coletar todos os dados com base no roteiro, mas de uma maneira muito mecânica e rápida.

2º relatório

[...] De uma maneira geral, notei que aquela tensão da aproximação com uma pessoa estranha diminuiu muito; eu não fiquei pensando que ela poderia ser grossa conosco e nem fui armado como na outra anamnese.

[...] As maiores dificuldades foram para fazer as perguntas mais delicadas, sobre sexualidade principalmente. Senti que tanto nós alunos, quanto a paciente, ficamos um tanto intimidados, mas perguntamos e ela respondeu com certa tranqüilidade.

[...] Particularmente estava bastante tranqüila na entrevista, não sei se devido ao fato de ser a segunda vez ou se devido à receptividade da paciente. Na primeira anamnese fiquei constrangida de perguntar algumas coisas, fato que não ocorreu nesta.

[...] Até aquelas perguntas que considerávamos constrangedoras tornaram-se mais fáceis de serem formuladas e perguntadas, chegando ao ponto de transformá-las em "normais".

Avaliação do curso

Este formato de curso tem se mostrado adequado, aprovado e efetivo para os alunos. Temos observado nas atitudes dos alunos – seja nas entrevistas, nas discussões em aula ou nos relatórios – um raciocínio

permeado pela integração de aspectos biológicos, psicológicos e sociais do adoecer.

Na avaliação que realizamos com os alunos, pedimos que eles relatassem situações marcantes do curso. Trazemos abaixo alguns relatos que mostram como os alunos puderam estabelecer um contato empático com os pacientes e refletir sobre seus sentimentos:

> [...] O evoluir, que iniciou com um certo constrangimento e acanhamento, passou para um contato mais amistoso e natural; ajudou bastante nesta etapa de aquisição de experiência prática.
>
> [...] O fato mais marcante foi perceber a solidão que muitos pacientes sentem num leito hospitalar.
>
> [...] O encontro com uma doença extremamente debilitante num senhor sem família, pobre e que sempre teve uma vida ativa foi um baque para mim. Senti-me impotente.

Os relatos mostram a experiência e o aprendizado dos alunos, que puderam se aproximar dos pacientes de modo diferente do usualmente apresentado numa escola médica: o foco não era apenas a doença e sim a pessoa doente. Quando perguntamos se o curso havia contribuído para a evolução das habilidades, também obtivemos respostas muito interessantes. Seguem algumas:

> [...] Sim, tivemos a oportunidade de exercitar nossas habilidades de comunicação interpessoal (com os pacientes) encontrando maneiras de superar eventuais dificuldades que pudessem atrapalhar a anamnese.
>
> [...] O curso contribuiu. O contato entre nós alunos e pacientes estava cada vez mais natural. Adquirimos cada vez mais experiência para a comunicação e com isso a entrevista ocorria de forma mais fluente. É possível observar a evolução quando realizamos anamneses em ligas acadêmicas.
>
> [...] Considero que contribuiu, mas essa experiência deveria continuar ao longo dos anos de formação. Entre as habilidades e capacidades posso men-

cionar: comunicação, relacionamento, raciocínio técnico, controle emocional, expressão de idéias, ética.

Essas respostas exemplificam uma clara percepção que os alunos tiveram quanto à evolução de habilidades importantes para sua formação profissional. Perguntou-se ainda se os alunos achavam que o curso iria contribuir com seu desempenho profissional futuro e 98% dos alunos responderam que sim. Seguem mais alguns comentários:

> [...] Tudo o que eu aprendi será útil para minha vida futura. Mas acredito que o mais importante é a humanização da medicina, que com o tempo a gente tem que tentar não perder (o que parece um caminho meio certo, tendo em vista a atitude de grande parte dos médicos).
>
> [...] Vão me ajudar a me tornar um médico mais completo e humano, e com uma visão não só [da relação] médico/paciente, mas sim de toda a equipe multiprofissional e do paciente juntamente com seus familiares próximos.
>
> [...] No entendimento com o paciente, suas preocupações, angústias. Enxergar o paciente além da doença.

CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Uma exposição antecipada e uma integração efetiva reforçam a formação de um modelo de médico que cuida de forma integrada do paciente. Os professores de clínica, ao discutir os casos de pacientes ao lado dos professores de Psicologia Médica, acabam por representar um modelo importante, real e possível desta integração. Todo este processo parece "ativado" pelo trabalho conjunto dos professores das diferentes áreas e dos professores de Psicologia Médica. A troca que ocorre durante as atividades com os alunos, na discussão das visões dos professores, cria oportunidade para uma modificação dos mesmos em direção a uma visão mais integral e integrada.

Existe, além disso, uma troca que é resultado de uma interação mais básica: a simples presença do professor de Psicologia Médica é um catalisador que mobiliza no professor das áreas e ciclos uma preocupação em abordar os aspectos psicossociais e, reciprocamente, a presença deste mobiliza no professor de Psicologia Médica a preocupação na abordagem dos aspectos somáticos. Esta situação pode contribuir para ir sedimentando a postura e o hábito de um pensamento menos redutivo e fragmentado que os professores poderão transpor a outras situações de ensino.

Além da troca durante a atividade com os alunos, as reuniões da equipe de professores são também um espaço importante. A presença, nestas reuniões, dos professores de todas as áreas e ciclos, envolvidos juntamente com os professores de Psicologia Médica, traz uma riqueza muito grande às discussões, criando uma oportunidade que raramente tivemos ocasião de vivenciar na Universidade. São estes os colegas professores que tem participado conosco desta experiência criativa e estimulante:

Adriana Aparecida Siviero-Miachon (Pediatria)
Alexandre Wagner de Souza (Clínica Médica)
Ana Isabel Melo Pereira Monteiro (Pediatria)
Ana Luisa Vessoni (Psicologia Médica)
Angela Maria Spínola e Castro (Pediatria)
Antonio Fernandes Moron (Obstetrícia)
Augusto Capelo (Psicologia Médica)
Carlos André Freitas dos Santos (Geriatria)
Daisy M. Machado (Pediatria)
Domingos Ezenildo Matos dos Santos (Clínica Médica)
Edson Fernandes de Faria (Clínica Médica)
Elisa Meireles Andrade (Psicologia Médica)
Fânia Cristina dos Santos (Geriatria)
Fátima Lucchesi (Psicologia Médica)
Gilberto Petty da Silva (Pediatria)

Joaquim Machado (Psicologia Médica)
Josefina A. P. Braga (Pediatria)
Lara Miguel Quirino Araújo (Geriatria)
Lúcia Christina Iochida (Clínica Médica)
Luiz A. Lopes (Pediatria)
Maria Aparecida Gadiani Ferrarini (Pediatria)
Mary Hokazono (Pediatria)
Maysa S. Cendoroglo (Geriatria)
Paulo Olzon Monteiro da Silva (Clínica Médica)
Paulo Sergio Massabki (Clínica Médica)
Renata N. Pinto (Psicologia Médica)
Renato Martins Santana (Obstetrícia)
Ricardo Luiz Smith (Morfologia)
Rosana D. Simões (Ginecologia)
Rudolf Wechsler (Pediatria)
Samantha Mucci (Psicologia Médica)
Sérgio Hermani Stuhr Domingues (Clínica Médica)
Solange Tedesco (Psicologia Médica)
Tatiana G. Lerman (Psicologia Médica)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. C. & CORDEIRO, H. A. 2004. "Integração Vertical e Horizontal do Currículo Médico no Contexto das Novas Diretrizes Curriculares: O Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá". *Revista Brasileira de Educação Médica.* Rio de Janeiro, vol. 28, nº 2, pp. 164-172, maio/ago.

BOTEGA, J. N. 1994. "O Ensino de Psicologia Médica no Brasil: uma Enquete Postal". *Rev. ABP-APAL*, 16(2), pp. 45-51, abr.-jun.

BULCÃO, L. G. 2004. "O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem". *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol. 28, nº 1, pp. 61-72, jan./abr.

De Marco, M. A. 2003. *A Face Humana da Medicina.* São Paulo, Casa do Psicólogo.

__________. 2006. "Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um Projeto de Educação Permanente". *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, vol. 30, nº 1, jan./abr.

Giglio, J. S. 1983. "A Situação do Ensino de Psicologia Médica no Brasil Hoje". In: Knobel, M. & Saidemberg, S. *Psiquiatria e Higiene Mental.* São Paulo, Autores Associados.

Jeammet, P. *et al.* 1982. *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro, Masson.

Jones, R.; Higgs, R.; De Angelis, C. & Prideaux, D. 2001. "Changing Face of Medical Curricula". *Lancet*, 357, pp. 699–703.

Komatsu, R. S. 2002. "Educação Médica: Responsabilidade de Quem? Em Busca dos Sujeitos da Educação do Novo Século". *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, vol. 26, nº 1, pp. 55-61, jan./abr.

Machado de Assis, J. M. 1996. *O Alienista e O Espelho*. São Paulo, Ediouro.

Nogueira Martins, L. A. 2005. *Residência Médica: Estresse e Crescimento*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Schneider, P.-B. 1986. *Psicologia Aplicada a la Pratica Medica*. Buenos Aires, Editorial Paidos.

III

A FORMAÇÃO MÉDICA NA UNIFESP

Avaliação e Perspectivas

13

O Curso Médico na Universidade Federal de São Paulo: Perspectivas

Rosana Fiorini Puccini,
Lucia de Oliveira Sampaio, Nildo Alves Batista
e Miguel Roberto Jorge

O Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século xxi (Delors, 1996, p. 77) aponta que,

> [...] para poder dar resposta ao conjunto de suas missões, a educação deve organizar-se à volta de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo, para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente, aprender a ser, via essencial que integra os três precedentes.

Partindo destas recomendações, o Plano Pedagógico Institucional (ppi) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, 2006) assume uma série de princípios direcionadores como estratégia de aprimoramento de seus cursos de graduação. Estes princípios, apresentados a seguir, constituem metas a serem progressivamente construídas, nas quais o curso de Medicina, tem se mostrado atento.

A INDISSOCIABILIDADE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

Como os três pilares da Universidade, o ensino em seus diferentes níveis, a pesquisa e a extensão devem ser vistas como indissociáveis e interdependentes. Da mesma forma que o ensino está presente na formação do pesquisador e nas atividades extensionistas da Universidade, a pesquisa encontra na extensão e no próprio ensino campos fecundos de investigação. Por outro lado, as atividades de extensão possibilitam novas dimensões do processo formativo da Universidade, aproximando os estudantes de outras realidades, alimentando os projetos de pesquisa e construção de novos conhecimentos.

A PESQUISA COMO ELEMENTO IMPULSIONADOR DO ENSINO E DA EXTENSÃO

Diante do processo de avaliação e reestruturação em que se encontra o ensino superior no Brasil, onde se espera um perfil de aluno mais ativo, questionador e construtor de seu próprio conhecimento, a pesquisa toma papel de destaque no processo de formação do profissional. De acordo com o Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras de 2000, "a pesquisa, compreendida como processo formador, é elemento constitutivo e fundamental do processo de aprender a aprender/aprendendo, portanto prevalente nos vários momentos curriculares".

A PRÁTICA PROFISSIONAL COMO EIXO NORTEADOR DO PROJETO PEDAGÓGICO

Apreender a prática como estruturante significa construir um referencial orientador diferenciado para as decisões pedagógicas: pensar

sobre o que foi realizado representa interrogar a própria ação, os interesses e expectativas dos alunos e as condições institucionais e sociais. No processo de construção de conhecimento, a prática necessita ser reconhecida como eixo a partir do qual se identifica, questiona, teoriza e investiga os problemas emergentes no cotidiano da formação. Estrutura curricular, conteúdos e estratégias de ensino-aprendizagem alicerçadas na prática, na forma em que esta se dá no contexto real das profissões, possibilita, desde o início do curso, que o processo de construção do conhecimento ocorra contextualizado ao futuro exercício profissional.

A PROBLEMATIZAÇÃO DO ENSINO A PARTIR DA PRÁTICA E DA PESQUISA

As metodologias problematizadoras expressam princípios que consideram a realidade como ponto de partida e chegada da produção do conhecimento, procurando entender os conteúdos já sistematizados como referenciais importantes para a busca de novas relações. Encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens. As dimensões problematizadoras procuram constituir mudanças significativas na forma de conceber e concretizar a formação de profissionais, configurando uma atitude propositiva frente aos desafios contemporâneos.

A INTERDISCIPLINARIDADE

O desenvolvimento da tecnologia e da ciência em vários campos disciplinares, articulado com a crescente complexidade e o avanço significativo com que novas informações são produzidas, trazem o desafio

da integração das disciplinas. Neste contexto, emerge o conceito de interdisciplinaridade, situada nos anos de 1970.

Na diversidade que marca conceitos e práticas interdisciplinares, é possível identificar pontos comuns: o sentido de relação, a valorização da história dos diferentes sujeitos/disciplinas envolvidas, o movimento de questionamento e dúvida, a busca por caminhos novos na superação de problemas colocados no cotidiano, a ênfase no trabalho coletivo, na parceria, e o respeito pelas diferenças. É possível, assim, pensar que a interdisciplinaridade constitui um dos caminhos para que áreas científicas delimitadas e separadas encontrem-se e produzam novas possibilidades e implica pensar em novas interações no trabalho em equipe multiprofissional.

Nessa reconstrução, importante frisar o lugar fundamental das disciplinas: o espaço da interdisciplinaridade exige a existência de campos específicos, que em movimentos de troca possam estabelecer novos conhecimentos. Assim, a ênfase interdisciplinar demanda não a diluição das disciplinas, mas o reconhecimento da interdependência entre áreas rigorosas e cientificamente relevantes (Lenoir, 1998; Fourez, 2001).

A POSTURA ATIVA DO ESTUDANTE NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Parte-se da premissa de que a aprendizagem implica em redes de saberes e experiências que são apropriadas e ampliadas pelos estudantes em suas relações com os diferentes tipos de informações. Aprender é, também, poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão se (re)construindo nas interações sociais. A aprendizagem pode ser, assim, entendida como processo de construção de conhecimento em que o aluno edifica suas relações e intersecções na interação com os outros alunos, professores, fóruns de discussão e pesquisadores.

A POSTURA FACILITADORA/MEDIADORA DO DOCENTE NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Entende-se que as transformações sociais exigem um diálogo com as propostas pedagógicas, onde o professor assume um lugar de mediador no processo de formação do profissional, estruturando cenários de aprendizagem que sejam significativos e problematizadores da prática profissional (Brew, 1998; Harden & Crosby, 2000).

Assim, o docente deve desenvolver ações de ensino que incidam nas dimensões ativas e interativas dos alunos, discutindo e orientando-os nos caminhos de busca, escolha e análise das informações, contribuindo para que sejam desenvolvidos estilos e estratégias de estudo, pesquisa e socialização do que foi apreendido. Insere-se, ainda, o esforço em propiciar situações de aprendizagem que sejam mobilizadoras da produção coletiva do conhecimento. Nesse cenário, mediar não equivale a abandonar a transmissão das informações, mas antes construir uma nova relação com o conteúdo/assunto abordado, reconhecendo que o contexto da informação, a proximidade com o cotidiano, a valorização do que o aluno já sabe, as conexões entre as diversas disciplinas ampliam as possibilidades de formar numa perspectiva de construção do conhecimento.

A INTEGRAÇÃO COM A COMUNIDADE

A aproximação entre a universidade e o Sistema Único de Saúde (SUS) é um meio de aproximar a formação do aluno ao mundo do trabalho. A compreensão da complexidade do processo saúde-doença e dos fatores envolvidos – físicos, mentais ou sociais, individuais e coletivos –, demanda novos cenários para o ensino-aprendizagem na área da saúde. Deve, ainda, superar a simples utilização da rede de serviços como campo de ensino mas supõe uma reelaboração da articulação

teoria-prática, ensino-aprendizagem-trabalho e, fundamentalmente, uma reconfiguração do contrato social da própria universidade.

A INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE ENSINO E PESQUISA

A convivência entre as atividades de graduação, pós-graduação e residência médica, bem como das interfaces e interdependências que existem entre estes três momentos de ensino é um princípio deste PPI. Reconhece-se a necessidade de que não haja uma monopolização dos interesses docentes e dos recursos infraestruturais/fomento em um espaço formativo ou de pesquisa em detrimento de outros, evitando secundarizar e/ou marginalizar, especialmente, o ensino da graduação.

A DINAMICIDADE DO PLANO PEDAGÓGICO: CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO PERMANENTE

Identifica-se, ainda, a necessidade de que o projeto pedagógico seja objeto de estudo pelo docente e pela instituição, produzindo-se um conhecimento sobre sua importância no desenvolvimento do PPI e construindo alternativas de lidar com as dificuldades e entraves que emergem em todo o processo transformador.

Para isto, é necessária uma ampliação do conceito de currículo como uma construção social que se elabora no cotidiano das relações institucionais, podendo ser analisado como: função social, refletida na relação escola-sociedade; projeto ou plano educativo; campo prático que permite analisar a realidade dos processos educativos, dotando-os de conteúdo e território de práticas diversas; espaço de articulação entre a teoria e a prática, e objeto de estudo e investigação.

A AVALIAÇÃO FORMATIVA COMO *FEEDBACK* DO PROCESSO

A avaliação deve subsidiar todo o processo de formação, fundamentando novas decisões, direcionando os destinos do planejamento e reorientando-o caso esteja se desviando. Dentro da visão de que aprender é construir o próprio conhecimento, a avaliação assume dimensões mais abrangentes. O ato de avaliar, por sua constituição mesmo, não se destina a julgamento "definitivo" sobre uma coisa, pessoa ou situação, pois que não é um ato seletivo. A avaliação se destina ao diagnóstico e, por isso mesmo, à inclusão, destina-se à melhoria do ciclo de vida. Assim, deve ser um mecanismo constante de retroalimentação, visando à melhoria do processo de construção ativa do conhecimento por parte de gestores, professores, alunos e funcionários técnico-administrativos.

DESENVOLVIMENTO DOCENTE

Pensar em novos papéis para o docente exige projetar espaços de formação dos professores, que sejam norteados pela valorização da prática cotidiana, privilegiando os saberes que professores já construíram sobre o seu trabalho assistencial e educativo e desenvolvendo possibilidades de refletir sobre a própria prática, identificando avanços, zonas de dificuldades e nós críticos na relação ensino-aprendizagem, bem como formulando, em parceria com outros colegas, caminhos de transformação da docência universitária.

Observa-se que, na universidade brasileira, interagem diferentes modelos de docência: o do pesquisador com total dedicação à universidade e uma sólida formação científica; o do professor reprodutor do conhecimento e o do professor que se dedica à atividade acadêmica, mas carece de uma formação consistente para a produção e socialização do conhecimento.

A institucionalização de práticas de formação docente torna-se, assim, fundamental. Tomar a própria prática (ação-reflexão-ação) como ponto de partida para empreender transformações no cotidiano do ensinar e aprender na universidade coloca-se como eixo estruturante para o processo de formação/desenvolvimento docente.

PERSPECTIVAS DO CURSO DE MEDICINA DA UNIFESP

Estabelecidos os princípios para os cursos de graduação da Unifesp, está claro que há um grande caminho a percorrer. Não há dúvida que a estrutura do Currículo Nuclear, definida na última grande reforma do curso de Medicina, em 1997, foi e continua sendo um facilitador na implementação de novas propostas. Trouxe um dinamismo na organização interna e externa dos módulos, nas possibilidades de integração entre as disciplinas, na utilização de estratégias ativas de ensino-aprendizagem, na inserção de atividades práticas em serviços de saúde e na comunidade desde o início do curso, nos processos avaliativos e na elaboração dos projetos Promed e Pró-Saúde. As disciplinas eletivas contituem um espaço aberto para experimentação e exposição do estudante para novos conteúdos não contemplados no currículo obrigatório. A expansão mais recente da universidade para as áreas de exatas e humanas coloca a perspectiva de serem ampliadas essas possibilidades, garantindo uma formação mais abrangente para o estudante de medicina e essa troca de experiência pode cumprir um papel transformador para os estudantes e professores de todos os *campi.*

As reformulações mais recentes do curso de Medicina, apresentadas detalhadamente neste livro, em grande parte foram impulsionadas pelo Promed e Pró-Saúde, tendo como base o Currículo Nuclear. O processo de construção e, na seqüência, de avaliação e acompanhamento desses projetos, são elementos que exigiram crítica e reflexão dos gestores do curso. Para cada ação proposta, foi e con-

tinua sendo necessário definir limites e possibilidades de mudança e aprimoramento que poderão resultar dessas ações. A abrangência desses projetos, sua contemporaneidade, apontaram também para a responsabilidade e o papel da instituição em relação à educação permanente dos profissionais de saúde e à pesquisa, que deve também se voltar para as questões relacionadas ao SUS em todos seus níveis. A questão da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e a possibilidade de que a orientação teórica do curso tome como base a experiência junto aos serviços de saúde e a atuação articulada às realidades locais e regionais, tem sido claramente colocada nesses projetos e estabelecida como indicador na avaliação dos mesmos. Representa, portanto, um importante passo e uma qualificação em relação às experiências anteriores de articulação universidade-serviços, as quais certamente tiveram grande contribuição para construção das propostas atuais. Houve avanço ainda na questão da exposição dos estudantes em atividades multiprofissionais, no desenvolvimento de atividades de aproximação progressiva à prática profissional desde o início do curso, na utilização de novas metodologias de ensino-aprendizagem. Portanto, o Plano Pedagógico Institucional da Unifesp se apresenta em consonância com as políticas interministeriais – saúde e educação – indutoras dessas mudanças.

Está claro, hoje, para os gestores do curso de Medicina, que o currículo ideal é um ponto a ser perseguido, continuadamente, e não um projeto acabado. Esse dinamismo é necessário para que se possa acompanhar e contribuir para a consolidação do SUS que também é espaço de construção, de disputa de idéias e concepções (Puccini, 2004). Devem ser apontados, ainda, alguns desafios relacionados a aspectos próprios da instituição, os quais precisam ser reconhecidos para que possam ser definidas as estratégias e os caminhos a serem percorridos.

O característico desenvolvimento de especialidades médicas da Unifesp, assim como de outras instituições deste porte, se de um lado traz dificuldades iniciais na estruturação do currículo visando

a contemplar e garantir a formação do estudante nas grandes áreas, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais, pode também ser considerado como fator que amplia possibilidades de organização dos serviços e coloca desafios bastante atuais, com destaque à articulação entre os diferentes níveis do sistema e o papel das especialidades como referência para as áreas gerais. Esta questão vem sendo bastante debatida, permitindo modelos assistenciais e experiências diversas. Estas têm considerado diferentes realidades epidemiológicas – locais ou regionais – recursos disponíveis e, sobretudo, as diferentes concepções relacionadas à abrangência do SUS, em especial da atenção básica.

Nesse aspecto particular, ou seja, no que se refere às atribuições da unidade básica de saúde e de sua resolubilidade, tem-se buscado a superação das dicotomias entre promoção e prevenção *versus* cura e reabilitação e entre ações coletivas *versus* ações individuais. Uma das dificuldades desse processo de mudanças é a compreensão do papel profissional nesses serviços, em especial do médico, envolvendo aspectos relacionados à formação e ao campo de ação das áreas gerais. É inegável a contribuição das especialidades médicas e dos avanços obtidos nos últimos anos, entretanto, ao se adotar processos de trabalho centrados apenas na lógica da especialização, há sempre a tendência ao esvaziamento de função e, posteriormente, ao desaparecimento do campo de atuação dos profissionais que atuam nas grandes áreas. Esse mesmo processo tem sido observado também nas próprias especialidades, com criação de novas subespecialidades. A adequada e necessária incorporação de especialidades, já bem estabelecidas, e dessas novas subespecialidades constitui um desafio, inclusive para países desenvolvidos, nos quais se tem constatado um declínio da eficácia dos serviços de saúde simultaneamente a uma elevação crescente dos custos em saúde (Campos *et al.*, 1997).

A vocação e inserção da instituição na produção científica nacional e internacional constitui outro ponto a ser destacado. Sem dúvida, esta característica da Unifesp é elemento facilitador da inserção do es-

tudante nos projetos de iniciação científica, colocando a atuação acadêmica como mais uma possibilidade de desenvolvimento profissional, além de cumprir seu papel na formação científica, imprescindível para sua autonomia na busca do conhecimento e desenvolvimento de competência para seu processo de educação permanente. Permanece a difícil tarefa de não colocar as funções de ensino na graduação e pesquisa como dicotômicas, mas sim complementares, buscando-se mecanismos para inserir e incentivar o professor no trabalho junto ao estudante da graduação e sua atuação em serviços de saúde externos ao hospital universitário.

Para finalizar este último capítulo, reafirmamos o compromisso da Unifesp com a formação de um profissional com domínio de conhecimento, habilidades e atitudes essenciais para o exercício de suas funções e capaz de estabelecer uma relação dialógica, de escuta e reconhecimento do outro como ser humano. Um profissional que possa contribuir e compreender a saúde e a atenção à pessoa doente não como uma somatória de procedimentos médicos, mas como um esforço renovador da prática profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BREW, B. D. 1998. "Preparing for New Academic Role: an Holistic Approach to Development". *International Journal of Academic Development.* 1, pp. 17-25.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKKOUR, M. & SANTOS, R. C. 1997. "Análise Crítica sobre Especialidades Médicas e Estratégias para Integrá-las ao Sistema Único de Saúde". *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 13, pp. 141-144.

DELORS, J. 1996. *Educação: um Tesouro a Descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI.* São Paulo, Cortez.

Fourez, G. 2001. "Fondements épistémologiques pour l'interdisciplinarité". In: Lenoir, Y. B. & Fazenda, I. (orgs.). *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement.* Sherbrooke, Éditions du CRP.

Harden, R. M. & Crosby, J. 2000. "AMEE Guide nº 20: The Good Teacher is more than a Lecturer – The Twelve Roles of the Teacher". *Medical Teacher*, 22, pp. 334-347.

Lenoir Y. 1998. "De l'interdisciplinarité scolaire à l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement: un état de la question". *Revue Francaise de Pédagogie.* 124, pp. 121-154.

Puccini, P. T. & Cecílio, L. C. O. 2004. "A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde". *Cad. Saúde Pública,* 20, pp. 1342-1353.

Universidade Federal de São Paulo. 2006. *Plano Pedagógico Institucional (PPI)* (mímeo.).

Os Autores

ANA CECÍLIA LUCCHESE

Mestre pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp-EPM. Psicóloga. Assistente da Disciplina de Psicologia Médica e Psiquiatria Social da Unifesp-EPM.

ANELISE DEL VECCHIO GESSULLO

Doutora em Medicina. Coordenadora da unidade curricular de Emergências Pediátricas – Internato do Curso de Medicina. Chefe do Pronto-Socorro de Pediatria do Hospital São Paulo-Unifesp-EPM.

CÍNTIA CAMARGO DIAS

Mestre em Psiquiatria pela Unifesp-EPM. Psiquiatra e Psicoterapeuta. Coordenadora da unidade curricular de Psicologia Médica II do curso de Medicina da Unifesp-EPM. Assistente da Disciplina de Psicologia Médica e Psiquiatria Social da Unifesp-EPM.

CRISTINA MALZONI FERREIRA MÂNGIA

Doutora em Ciências. Médica assistente da Disciplina de Especialidades Pediátricas – setor acadêmico Cuidados Intensivos Pediátricos do Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM e co-coordenadora do programa de especialização *lato sensu* em Terapia Intensiva Pediátrica da Unifesp-EPM.

DANIELA PAOLI DE ALMEIDA LIMA

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo, cirurgiã geral. Co-coordenadora do Programa Pré-hospitalar Universitário da Unifesp-EPM, médica do Grupo de Resgate e Atendimento às Urgências (193).

DURVAL ROSA BORGES

Professor titular do Departamento de Medicina da Unifesp-EPM. Pró-reitor de graduação (1995-1999) da Unifesp-EPM.

FRANCISCO ANTONIO DE CASTRO LACAZ

Doutor em Medicina, área de Saúde Coletiva, pela Unicamp. Professor associado da Unifesp-EPM do Departamento de Medicina Preventiva – setor Acadêmico Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

GISELE LIMONGELI GURGUEIRA

Mestre em Ciências pela Unifesp-EPM. Médica assistente do setor acadêmico de Emergências Pediátricas do Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM. Vice-chefe do Pronto-Socorro de Pediatria da Unifesp-EPM e co-coordenadora da unidade curricular de Emergências Pediátricas.

HELENA BONCIANI NADER

Professora titular da Disciplina de Biologia Molecular do Departamento de Bioquímica da Unifesp-EPM. Pró-reitora de graduação (1999-2003). Coordenadora do programa de pós-graduação em Biologia Molecular. Pró-reitora de pesquisa e pós-graduação/Unifesp-EPM.

JOÃO ALÉSSIO JULIANO PERFEITO

Doutor em Medicina pela Unifesp-EPM. Professor adjunto da Disciplina de Cirurgia Torácica do Departamento de Cirurgia da Unifesp-EPM.

JOSÉ ANTONIO MAIA DE ALMEIDA

Doutor em Medicina. Docente do curso de pós-graduação do CEDESS/Unifesp-EPM.

JOSÉ HONÓRIO PALMA

Professor adjunto e chefe da Disciplina de Cirurgia Cárdio-Vascular da Unifesp-EPM.

JULIETA FREITAS RAMALHO DA SILVA

Doutora em Psiquiatria pela Unifesp-EPM. Professora adjunta do Departamento de Psiquiatria da Unifesp-EPM. Psicanalista. Chefe da Disciplina de Psicoterapia e Psicodinâmica.

LUCIA DE OLIVEIRA SAMPAIO

Professora associada da Disciplina de Biologia Molecular do Departamento de Bioquímica da Unifesp-EPM. Vice pró-reitora de graduação da Unifesp-EPM.

LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

Professor titular da Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Unifesp-EPM (2004-2007).

MARIA LUCIA FERNANDEZ SURIANO

Doutora em Enfermagem na área da Saúde do Adulto e do Idoso. Professora adjunto da Disciplina de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médica-Cirúrgica do Departamento de Enfermagem/Unifesp-EPM. Coordenadora da unidade curricular de Introdução às Técnicas Básicas para o 1º ano do curso de Medicina. Coordenadora

do curso de especialização de Enfermagem e Centro Cirúrgico pelo Departamento de Enfermagem da Unifesp-EPM.

MÁRIO ALFREDO DE MARCO

Doutor em Ciências. Professor associado. Chefe da Disciplina de Psicologia Médica e Psiquiatria Social. Coordenador geral do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS) do Hospital São Paulo.

MAYSA SEABRA CENDOROGLO

Mestre em Epidemiologia e doutora em Ciências da Nutrição. Professora afiliada da Unifesp-EPM. Coordenadora da unidade curricular de Geriatria do curso de Medicina. Chefe da Disciplina de Geriatria e Gerontologia/Unifesp-EPM.

MIGUEL ROBERTO JORGE

Livre-docente em Psiquiatria da Unifesp-EPM. Professor associado do Departamento de Psiquiatria da Unifesp-EPM. Chefe da Disciplina de Psiquiatria Clínica. Diretor acadêmico do curso de Medicina da Unifesp-EPM.

NICANOR RODRIGUES DA SILVA PINTO

Mestre em Ciências, área de Epidemiologia pela Unifesp-EPM, doutorando em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da USP, médico sanitarista da Unifesp-EPM. Departamento de Medicina Preventiva – setor Acadêmico Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

NILDO ALVES BATISTA

Livre-docente em Educação Médica. Professor associado da Unifesp-EPM. Diretor acadêmico do *campus* Baixada Santista e coordenador do programa de pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde – CEDESS/Unifesp.

PAULO SCHOR

Livre-docente em Oftalmologia pela Unifesp-EPM. Professor afiliado da Unifesp-EPM. Preceptor da graduação e coordenador da unidade curricular de Observação de Práticas Médicas do curso de Medicina. Chefe do setor de Bioengenharia Ocular. Coordenador da unidade curricular de Observação das Práticas Tecnológicas do curso de Tecnologia em Saúde da Unifesp-EPM.

REGINA CELES DE ROSA STELLA

Doutora em Medicina. Professora adjunta da Unifesp-EPM, Chefe do Departamento de Comunicação e Marketing Institucional/Unifesp-EPM.

RITA SIMONE LOPES

Enfermeira. Mestre em Ciências Aplicadas à Cardiologia. Doutoranda da Disciplina de Cardiologia da Unifesp-EPM.

ROSANA FIORINI PUCCINI

Professora titular da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM. Chefe do Departamento de Pediatria. Diretora acadêmica do curso de Medicina no período 2002-2006. Coordenadora do Promed e Pró-Saúde Medicina da Unifesp-EPM.

ROSEMARIE ANDREAZZA

Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Professora adjunta da Unifesp-EPM. Departamento de Medicina Preventiva – setor Acadêmico Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

RUDOLF WECHSLER

Doutor em Ciências pela Unifesp-EPM. Professor assistente e chefe da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da Unifesp-EPM.

SANDRA MARIA SPEDO

Mestre em Saúde Coletiva pela Unicamp, doutoranda em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da USP, médica sanitarista da Unifesp-EPM, Departamento de Medicina Preventiva – setor Acadêmico Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

SIMONE DE CAMPOS VIEIRA ABIB

Doutora em Ciências pela Unifesp-EPM. Cirurgiã pediátrica. Professora afiliada da Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Unifesp-EPM. Coordenadora da unidade curricular de Atendimento Pré-Hospitalar do Trauma do curso de Medicina. Coordenadora do Núcleo de Trauma e do Programa Pré-hospitalar Universitário da Unifesp-EPM.

SUZETE MARIA FUSTINONI

Doutora em Enfermagem pela Unifesp-EPM. Professora adjunta da Disciplina de Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da Unifesp-EPM.

SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA

Doutora em Psicologia da Educação. Professora adjunta da Unifesp-*campus* Baixada Santista. Professora permanente do programa de pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde – CEDESS/Unifesp.

WANDA NASCIMENTO DOS SANTOS SATO

Mestre em Ciências da Saúde da Unifesp-EPM, enfermeira de saúde pública. Departamento de Medicina Preventiva – setor Acadêmico Política, Planejamento e Gestão em Saúde.